

<届出時に必要な書類一覧>

生活管理指導表・・・医師が記入

(表)アレルギー疾患(食物アレルギー)届
(裏)除去食申請書 } 保護者が記入

除去食解除申請書(水色)・・・保護者が記入

右記のとおり、時期・内容により提出書類が異なります

初 回 初めて保育園に届け出る場合・・・

継 続 再度、年度途中・翌年度当初に届け出る場合

[年度途中・翌年度当初]

除去内容が増える時・・・

除去内容が軽減する時・・・年度途中:

・・・翌年度当初:

完全解除時・・・

[翌年度当初]

除去内容が変わらない時・・・

(初回 ・ 継続 該当する方に○を付けてください。)

園 名	保育園	クラス	組	男 ・ 女
フリガナ		生 年 月 日	年 月 日	
園児氏名		医療機関受診日	年 月 日	
保護者氏名				

あてはまるものすべて(全項目いずれか)にチェックを付け、カッコ内に具体的に記入してください。

疾患名	食物アレルギー (原因食品:) アトピー性皮膚炎 気管支喘息 アレルギー性鼻炎 その他 ()
薬の使用	内服薬 なし あり(薬剤名:) 外用薬 なし あり(薬剤名:)
症状	吐き気 嘔吐 下痢 蕁麻疹 喘息発作 その他 ()
アナフィラキシーの既往歴	なし あり 原因食品 () 症状 () 最終の発症年月 (年 月頃)
原因食品摂取時に症状が出現した場合の対応方法	内服薬 () 外用薬 () 自己注射 (エピペン 0.15mg) 下記の医療機関受診 原則、保護者への連絡のみ(園での経過観察) [全員]→ 医療機関名 医師名 かかりつけ 医を記入し 医療機関住所 電話 てください

<次回診察予定> 6ヶ月後 12ヶ月後 その他 ()

医師が記入した「生活管理指導表」を添えて、届け出ます。(年度途中で除去内容が軽減する時のみ、生活管理指導表は不要)

保育園届出日 年 月 日

保護者氏名 _____

戸田市福祉事務所長 様

緊急連絡先(症状が現れた時に、連絡が必ずとれる連絡先を記入してください。)

優先順位	氏名	続柄	電話番号	連絡先
1				携帯・自宅・職場
2				携帯・自宅・職場
3				携帯・自宅・職場

➡ 裏面【除去食申請書】もご記入ください。

