

布佐台幼稚園
園長 殿

食物アレルギーによる除去食・お弁当持参依頼書

クラス _____ 組 _____ 氏名 _____

*あてはまる方に○をつけてください。

食物アレルギーにより、
幼稚園給食では除去食を希望いたします。
お弁当を持たせます。

アレルギー対応が必要な食物

検査医療機関名

緊急時に備えている処方薬

- 1、内服薬(抗ヒスタミン薬・ステロイド薬)
- 2、アドレナリン自己注射(エピペン)
- 3、その他

緊急連絡医療機関名

医療機関名：

連絡先：

担当医：

診断日：

保護者氏名 _____ (印)