

芦屋市保育所・こども園食物アレルギー対応除去食 解除願い

令和 年 月 日

芦屋市立 _____ こども園・保育所長宛

ふりがな 児童名		生年月日	H・R	年	月	日
医療機関	Tel ()					
解除内容						
添付書類	・ 医師の指示書					

※ 解除の指示後、必ず家庭で数回試してからご記入ください。

【 症状出現時の連絡先 】

かかりつけ医・病院	病院・医院 (休診日)
	(車で 分) 電話 ()
そのほかの受診先 (上記休診日)	病院・医院 (休診日)
	(車で 分) 電話 ()
症状出現時の薬の有無	ない ・ ある ()
症状出現時の連絡先	名前 続柄 TEL
	① ()
	② ()
	③ ()

【 家庭での症状出現時の対応 】

--

(こども園・保育所で症状出現時の対応) ※ こども園・保育所が記入します。

症状出現時の対応	アナフィラキシーショック症状⇒ 救急車搬送 その他の場合 ()
----------	-------------------------------------

※ 上記内容を確認のうえ、ご署名ください。

保護者名