

幼稚園給食食物アレルギー対応依頼書

令和 年 月 日

名古屋短期大学桜花学園大学附属幼稚園
園長殿

保護者氏名

印

園児氏名	園児氏名 (男・女) 生年月日 西暦 年 月 日生	
住所・TEL	住所	TEL
緊急連絡先 氏名・続柄・TEL	氏名 (続柄)	TEL 携帯
	氏名 (続柄)	TEL 携帯
受診医療機関	病院名 TEL 医師名	
食物アレルギーの 原因食品・摂取後の 症状	原因食品	摂取後の症状
希望する対応内容 <input type="checkbox"/> にレ点・食品名	<input type="checkbox"/> 単品の一部取り除き [] <input type="checkbox"/> 副食の一部取り除き []	
家庭の除去実施状況	○除去食開始年齢 (歳) ○実施内容 (詳細に)	
その他特記事項		