

給食等におきまして、アレルギーを把握し、アレルギー症状が出現しないよう対応したいと考えております。

下記の内容を記入の上、園内で除去すべき食品に○をつけてください。

また、製造ラインで使用している場合も除去する場合は表中の「ライン」の欄に○をつけてください。

なお、4月と10月が、再評価・更新月となります。

食品除去指示書

名前 _____

男・女 _____

年 月 日生

診断名 _____

原因食品接種後、現れた症状（詳しく） _____

	対象食品が含まれる以下のうち除去が必要なものを○で囲んでください	対象食材が製造ラインに含まれる時も除去する場合は○をつけて下さい
1	鶏卵 卵殻カルシウム	
2	牛乳 乳製品 乳糖 コンソメ 顆粒だし 中華だし	
3	小麦 麦茶 醤油 酢 コンソメ ソース	
4	ソバ	
5	大豆 大豆油 味噌 醤油 中華だし ソース	
6	ゴマ ゴマ油	
7	ナッツ類 すべて ピーナッツ アーモンド クルミ ペカンナッツ ヘーゼルナッツ	
8	甲殻類 すべて エビ イカ カニ	
9	魚類 すべて カジキマグロ カレイ ホタテ さば 鮭 さわら 鰹だし	
10	肉類 鶏肉 豚肉 牛肉 左記のエキスも除去する	
11	果物類 りんご バナナ イチゴ もも キウイ パイナップル レモン オレンジ すいか グレープフルーツ メロン プルーン	
12	上記以外で除去が必要な食材名を記入してください（ _____ ）	

除去を解除する食品 _____

医療機関名 _____

年 月 日

電話番号 _____

医師名 _____