

# アレルギー報告書

※アレルギーに関してできるだけ詳しくご記入ください。  
医療機関で診断済みの方は、診断名もご記入ください。

提出日 年 月 日

|   |                  |
|---|------------------|
| 名<br>ま<br>え   | 生<br>年<br>月<br>日 |
| <b>■除去食物（該当する項目を○で囲んでください）</b><br>1. 卵（卵黄 卵白） 2. 牛乳 3. 小麦 4. 大豆 5. 米 6. 魚（ ）<br>7. ごま 8. ピーナッツ 9. そば 10. 果物（ ）<br>11. その他（ ）  |                  |
| <b>■摂取後に症状が起こるまでの時間</b><br>1. 30分以内 2. それ以上（ ）  |                  |
| <b>■摂取後に起こる可能性のある症状</b><br>1. アナフィラキシー：（ ）<br>2. 皮膚症状：じんましん 湿しん その他（ ）<br>3. 消化器症状：おう吐 下痢 その他（ ）<br>4. 呼吸器症状：せき ぜん鳴（ゼーゼー、ヒューヒューという苦しそうな呼吸）<br>その他（ ）<br>5. その他の症状：（ ） |                  |
| <b>■除去の程度</b><br>1. 該当する食物及び加工品についても完全に除去を希望する<br>2. 該当する食物は除去するが、加工品は食べてもよい<br>3. 少し（ひと口程度）食べてもよい<br>4. 家庭からの除去食弁当を持参する<br>5. その他（必要があれば詳細にご記入ください）                  |                  |
| <b>■薬のことに関する事項</b>  |                  |
| <b>■診断名（医療機関で診断された場合のみ記入）</b>   |                  |

診 断 書

住所 飯塚市新立岩5番5号 ○○アパート100号  
氏名 飯塚 ○子  
生年月日 昭和24年10月1日

病名 ○○○○○○○○

(症状) △△△△△△△△△

※保育所入所の必要性を判断するため、自宅で保育(子育て)が出来る病状・状態であるかどうか、医師の見解を必ず記載してもらうこと。  
※通院状況(通院○回/週)、投薬状況、治療内容などを記載してもらうこと。

※病気の状態がわかれば、診断書に代えて、身体障害者手帳や介護保険被保険者証の写しでも良いです。

平成25年1月4日

福岡県飯塚市新飯塚○○  
◆◆病院

医師 大吉 △△

印