

(保護者・保育施設用)

## 除 去 食 申 請 書

1. 太枠内を記入して、保育施設に提出してください。(保護者が記入)

園長 様		令和 年 月 日
別添除去食指示書に基づき保育時間中の該当食品の除去を申請いたします。 なお、除去食品の対応方法については、保育施設と十分協議し、決定することに同意いたします。		
申請者名		
印		児童との続柄 ( )
児童氏名	生年月日：	年 月 日生 ( 歳 か月)
住所	性 別：	男 女
電話		
除去申請食品	別添除去食指示書による	
申請理由 (根拠となる病名・診断・検査等)	別添除去食指示書のとおり	

2. 上記の申請に基づき、除去食品の対応方法について、保育施設で面談・協議してください。(保育施設が記入)

<p>【保育施設での除去食品の対応方法】 (番号に○をつけて、対応内容を( )内に記入してください。)</p> <p>1 代替食品を提供する (記載例：卵→魚、小麦→米、牛乳→豆乳 等)</p> <p>代替食品： ( )</p> <p>* 代替食品：各保育施設で対応可能な範囲で提供される場合があります。</p> <p>2 食品の除去のみする (除去食品： )</p> <p>3 家庭より除去食弁当を持参する</p> <p>4 その他 ( )</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3. 保育施設と面談・協議後、記入してください。(保護者と保育施設が記入)

上記決定内容に同意します。	面談・協議日：	令和 年 月 日
保護者	印	施設長
		印

(医療機関用)

## 除去食指示書

令和 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

保護者 \_\_\_\_\_ 様 医師名 \_\_\_\_\_ 印

児童氏名		年 月 日生
性別	男 ・ 女	( 歳 か月)
診 断		
* アナフィラキシーの既往： あり ・ なし		
除去食品の種類		
診断方法（検査の有無など）		
保育施設における除去食及び代替食の対応法		
今後の方針（食品制限の期間、通院状況など）		
備 考		

【参考】この指示書は、原則として主治医に相談・指示をいただくためのもので、必ずしも検査の実施を求めているものではありません。