

食物アレルギー以外の除去対応申請書

(この様式は保護者の方がご記入ください。)

提出日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

園名・クラス名	児童名	生年月日	除去が必要な食品
園 組			

1 除去が必要な理由 (診断理由等)	<input type="checkbox"/> 乳糖不耐症のため <input type="checkbox"/> 病気または障がいのため (診断名： _____) <input type="checkbox"/> 宗教のため (_____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)
2 診断を受けた医療機関	医療機関名： 医師名：
3 医師の指示内容	
4 その他特記事項 (誤食した場合の症状 や対応等)	
5 情報共有への同意	園における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本申請書に記載された内容を職員全員で共有することに同意しますか。 <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない

※乳糖不耐症・病気・障がい以外の理由で除去対応を申請される場合は、2・3・4の項目は記入不要です。

上記のとおり、食物除去を申請いたします。

年 ____ 月 ____ 日

保護者氏名 _____

食物アレルギー以外の除去対応について

食物アレルギー以外の除去対応は、食物アレルギー対応に準じて行いますので、原則完全除去対応（提供するかしないか）となります。除去により、給食提供が困難な場合は保護者に弁当対応をお願いすることがあります。