

## 児 童 生 活 調 査 票

〔保育所（園）保管用〕

児童氏名	ふりがな	男 ・ 女	生 年 月 日	保護者名		電話番号
			平成 令和	年 月 日	住 所	

保育の参考としますので記入又は該当する箇所に☑をつけてください。

生 育 歴	出 産	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 早産 ( か月) <input type="checkbox"/> 異常 ( )			出生時体重 ( g)			
	哺 乳	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 混合						
	離乳完了時期	歳 か月						
	歩 行	首のすわり	か月	ハイハイ	か月	歩き始め	歳	か月
	ことばを言い始めたのはいつですか (例 ブーブー・ウマウマ)				歳		か月	
	人見知り	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> しない						
	指差し	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> しない						
健 診	最近受けた健診年月日	年	月	日	健診名			
運 動	下肢(足)	<input type="checkbox"/> 歩ける <input type="checkbox"/> どうにか歩ける <input type="checkbox"/> 走れる <input type="checkbox"/> 転びやすい <input type="checkbox"/> その他 ( )						
	上肢(手)	<input type="checkbox"/> 両手を使う <input type="checkbox"/> 片手しか使わない						
食	食べ方	<input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> 右利き・左利き <input type="checkbox"/> 一人で食べられない						
	好き嫌い	<input type="checkbox"/> ある 嫌いなもの( ) <input type="checkbox"/> なし		食事の量	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない			
	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> ある (食品名 ) <input type="checkbox"/> なし		服薬	<input type="checkbox"/> エピペン有 <input type="checkbox"/> 内服薬有			
睡 眠	時 間	(夜) 時 ~ 朝 時 [約 時間]	<input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> 一人					
		(昼) 時 ~ 時 [約 時間]	<input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> 一人					
	寝つき	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い くせ ( )						
	寝起き	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い くせ ( )						
排 泄	大 便	<input type="checkbox"/> 毎日 ( 回 時頃) <input type="checkbox"/> その他 ( 日に1回)						
		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 硬便 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 泥状便 <input type="checkbox"/> 便秘しやすい <input type="checkbox"/> 下痢しやすい						
		<input type="checkbox"/> 教える <input type="checkbox"/> 教えない						
		<input type="checkbox"/> 後始末ができる <input type="checkbox"/> 後始末ができない						
		<input type="checkbox"/> おむつを使用している ( <input type="checkbox"/> 紙おむつ <input type="checkbox"/> 布おむつ )						
		<input type="checkbox"/> おむつを使用していない						
	くせ ( )							
	小 便	<input type="checkbox"/> 教える <input type="checkbox"/> 教えない						
<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 自分でできない <input type="checkbox"/> 介助が必要 (どんな )								
小便の間隔 <input type="checkbox"/> 近い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遠い								
おむつ使用の場合 一日 回								

裏面もご記入ください。



# 0 歳 児 生 活 調 査 票

(様式 2)

〔保育所 (園) ・児童館保管用〕

児童氏名	ふりがな	男 ・ 女	生 年 月 日	保護者名		電話番号
			令和 年 月 日	住 所		( )

保育の参考としますので記入又は該当する箇所に☑をつけてください。

<b>健 診</b>	最近受けた健診年月日	年 月 日	健診名
<b>出 産</b>	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 早産 (    か月) <input type="checkbox"/> 異常 (    )    出生時体重 (    g)		

<b>発 育 状 況</b>	首がすわっていますか	☐はい (    か月)    ☐いいえ
	あやすと笑いますか	☐はい (    か月)    ☐いいえ
	見えない方向から声をかけると顔を向けますか	☐はい (    か月)    ☐いいえ
	外気浴をしますか	☐は い    ☐いいえ
	寝返りをしますか	☐はい (    か月)    ☐いいえ
	体のそばにあるおもちゃに手を伸ばして、つかみますか	☐つかむ    ☐つかまない
	家族と一緒にいるとき、話しかけるような声をだしますか	☐出す    ☐出さない
	お座りをしますか	☐はい (    か月)    ☐いいえ
	ハイハイをしますか	☐はい (    か月)    ☐いいえ
	支えられて立っていますか	☐はい (    か月)    ☐いいえ
	指で小さいものをつまみますか	☐は い    ☐いいえ
	人見知りをしますか	☐は い    ☐いいえ
	歯の生え始めは何か月ころでしたか	(    か月)
ことばの言い始め (ウマウマ・ブーブーなど) は何か月ころでしたか	(    か月)	

<b>睡 眠</b>	よく眠る方ですか	☐はい    ☐いいえ																			
	どのようにして寝かせますか	☐添い寝    ☐おんぶ    ☐だっこ    ☐1人で寝る    ☐その他																			
	1日の睡眠時間を記入してください																				
	午前 0    3    6    9    12 午後 3    6    9    11 <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																				

<b>ミ ル ク な ど に つ い て</b>	現在飲んでいるもの	☐母乳    ☐混合    ☐人工 (メーカー名 )	
	現在飲んでいる量と授乳時間を記入してください		
	ミルクの量		
	時 間	午前 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 午後 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	
	どのようにして飲んでいきますか	☐抱いて飲ませる    ☐寝かせて飲ませる ☐寝ながら自分で持って    ☐その他 (    )	
	ミルクのあたたかさ	☐人肌    ☐少し熱め    ☐ぬるめ	
	ミルクの飲み方	☐一気に飲む    ☐休みながらも全量飲む    ☐あまり飲まない	
	ゲップが出ますか	☐出る (飲んでからおおよそ    分)    ☐出ない	
	ミルクを吐きますか	☐吐かない    ☐吐きやすい	
	哺乳ビンは嫌がりませんか	☐はい    ☐嫌がる (    ☐スプーンで    ☐コップで)	
乳首は何を使っていますか	メーカー (    ) サイズ・種類 (    )		
番茶、湯冷まし等を飲ませていますか	☐はい    ☐いいえ		

裏面もご記入ください。

離乳について	開始していますか	<input type="checkbox"/> している（      か月頃から） <input type="checkbox"/> していない		
	食欲はいかがですか	<input type="checkbox"/> 比較的良好く食べる <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> あまり食べない		
	何時に食べていますか	(午前)	:	(午後)
	食べる時のくせはありますか	<input type="checkbox"/> 吐きやすい <input type="checkbox"/> 喉につかえやすい <input type="checkbox"/> 口の中にためやすい <input type="checkbox"/> その他（                      ）		
	食物アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> はい（食品名                      ） <input type="checkbox"/> いいえ		
<b>離乳食の状態</b>				
調理形態の目安	そのまま飲み込める固さ	舌でつぶせる固さ	歯ぐきでつぶせる固さ	
米	<input type="checkbox"/> つぶしがゆ	<input type="checkbox"/> おかゆ	<input type="checkbox"/> おかゆ（固め）	
芋	<input type="checkbox"/> マッシュポテト	<input type="checkbox"/> 芋のつぶし煮	<input type="checkbox"/> 芋の軟らか煮	
野菜	<input type="checkbox"/> 野菜のペースト	<input type="checkbox"/> 野菜のつぶし煮	<input type="checkbox"/> 野菜のやわらか煮	
果物	<input type="checkbox"/> おろし果物	<input type="checkbox"/> つぶし果物	<input type="checkbox"/> 薄切り果物 <input type="checkbox"/> 果物のあらみじん切り	
卵	<input type="checkbox"/> 固ゆで卵黄のすりつぶし	<input type="checkbox"/> ゆで卵のみじん切り <input type="checkbox"/> 半熟 プリン 茶碗蒸し	<input type="checkbox"/> オムレツ、いり卵	
大豆製品	<input type="checkbox"/> 煮豆腐の裏ごし	<input type="checkbox"/> 煮豆腐 <input type="checkbox"/> 納豆のみじん切り	<input type="checkbox"/> 煮豆腐 <input type="checkbox"/> 納豆のあらみじん切り	
魚	<input type="checkbox"/> ゆで魚のすりつぶし	<input type="checkbox"/> ほぐした煮魚、蒸し魚	<input type="checkbox"/> 煮魚、蒸し魚	
肉	<input type="checkbox"/> 鶏肉のすりつぶし <input type="checkbox"/> レバーペースト	<input type="checkbox"/> 鶏挽肉	<input type="checkbox"/> ハムのみじん切り <input type="checkbox"/> 鶏肉の千切り	
排便	便の状態について	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 硬便 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 泥状便 <input type="checkbox"/> 便秘しやすい <input type="checkbox"/> 下痢しやすい		
	便の回数	<input type="checkbox"/> 毎日（      回） <input type="checkbox"/> その他（      日に1回）		
	おむつ	<input type="checkbox"/> 紙おむつ <input type="checkbox"/> 布おむつ		
体質的特徴	<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい	<input type="checkbox"/> ひきつけをおこしやすい	<input type="checkbox"/> 脱臼しやすい	
	<input type="checkbox"/> ゼーゼーしやすい	<input type="checkbox"/> 湿疹・じんましんがしやすい		
	<input type="checkbox"/> よく熱をだす	<input type="checkbox"/> おむつかぶれをしやすい		
健康状態で特に注意する事がありましたらお書きください				
その他	親として気になることやクセなどがありましたらお書きください			

# 保育所（園）生活管理指導表（食物アレルギー疾患及び乳糖不耐症等用）

令和 年 月 日生（ 歳 か月） 保育所・保育園 組 提出日 令和 年 月 日

食物アレルギー（あり・なし）	病型・治療	保育所生活上の留意点		★保護者 電話：  「緊急時連絡先」（保護者記入欄） ★連絡医療機 医療機関名：  電話：	
	<b>A 食物アレルギー病型(食物アレルギーありの場合のみ記載)</b> 1 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎 2 即時型 3 その他(新生児・乳児消化管アレルギー・口腔アレルギー症候群・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・その他)	<b>A 給食・離乳食</b> 1 管理不要 2 管理必要(管理内容については、病型・治療のC欄及び下記C、E欄を参照)	<b>B アレルギー用調整粉乳</b> 1 不要 2 必要 下記該当ミルクに○、又は( )内に記入 ミルフィーHP・ニューMA1・MA-mi・ペプディエット・エレメンタルフォーミュラ・その他( )		
	<b>B アナフィラキシー病型(アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載)</b> 1 食物(原因) ) 2 その他(医薬品・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・ラテックスアレルギー・昆虫・動物のフケや毛)	<b>C 除去食品においてより厳しい除去が必要なもの</b> 病型・治療のC、欄で除去の際に、より厳しい除去が必要となるものみに○をつける <b>*本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した料理については、給食対応が困難となる場合があります。</b> 1 鶏卵： 卵殻カルシウム 2 牛乳・乳製品： 乳糖 3 小麦： 醤油・酢・麦茶 6 大豆： 大豆油・醤油・味噌 7 ゴマ： ゴマ油 12 魚類： かつおだし・いりこだし 13 肉類： エキス	<b>E 特記事項</b> (その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定)		
	<b>C 原因食物・診断根拠</b> 該当する食品の番号に○をし、かつ( )内に診断根拠を記載 1 鶏卵* 《 》(すべて・生卵・加熱不十分な卵を含む食品) ) 2 牛乳・乳製品 《 》 [診断根拠] 該当するものを《 》内に記載 3 小麦 《 》 ① 明らかな症状の既往 4 ソバ 《 》 ② 食物負荷試験陽性 5 ピーナッツ 《 》 ③ IgE抗体等検査結果陽性 6 大豆 《 》 ④ 未摂取 7 ゴマ 《 》 8 ナッツ類* 《 》(すべて・クルミ・アーモンド) ) 9 甲殻類* 《 》(すべて・エビ・カニ) ) 10 軟体類・貝類* 《 》(すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ) ) 11 魚卵* 《 》(すべて・イクラ・タラコ) ) 12 魚類* 《 》(すべて・サバ・サケ) ) 13 肉類* 《 》(鶏肉・牛肉・豚肉) ) 14 果実類* 《 》(キウイ・バナナ) ) 15 その他* 《 》( ) ) 「*は( )の内の該当する項目に○をするか具体的に記載すること」	<b>D 食物・食材を扱う活動</b> 1 管理不要 2 原因食材を教材とする活動の制限 3 調理活動時の制限 4 その他	<b>F 乳糖不耐症等</b> 1 飲用牛乳・スキムミルクのみ除去 2 その他( )		
<b>D 緊急時に備えた処方薬</b> 1 内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) 2 アドレナリン自己注射薬(「エピペン®」) 3 その他( )			記載日 令和 年 月 日 医師名 医療機関名 電話		

●保育所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、本表に記載された内容を保育所の職員及び消防機関・医療機関等と共有することに同意しますか。

・同意する

・同意しない

保護者氏名

# 家庭における除去の程度一覧表

記録保護者名

記入日 令和 年 月 日 保育所(園)名 :

(様式4)

手順1: 該当するアレルゲン食品の項目に☑をつける。  
 手順2: ○×欄に家庭で食べさせているものに○、食べさせていないものに×を記入する。

卵⇒ 鶏 うずら

強度	食品リスト	○×
強 ↑↓ 弱	4 生卵, 生の卵白が含まれる食品	
	3 加熱した卵料理(目玉焼き, ゆで卵, 卵焼き, オムレツなど) 生の卵黄が含まれる食品(アイスクリーム, マヨネーズなど)	
	2 加熱した卵白が相当量含まれる食品(プリン, 茶碗蒸し, 卵スープなど)	
	1 加熱した卵が含まれる食品(ケーキ, クッキー, カステラ, 菓子パン, フライの衣など) つなぎに卵が含まれる食品(かまぼこ, ちくわ, ハム, ソーセージ, 中華めんなど)	
その他	全卵を極めて微量に含む食品(一部の食パン, 天ぷら粉, めん類のつなぎなど)	
その他	コンタミネーション*表示の中に記載されている場合	

肉類⇒ 牛肉 豚肉 鶏肉 その他( )

強度	食品リスト	○×
強 ↓↑ 弱	2 肉そのもの(牛肉, 鶏肉, 豚肉など)	
	1 肉・骨などを使用したスープ(コンソメ・ルウなど)	
	その他	コンタミネーション*表示の中に記載されている場合

魚介類・甲殻類⇒ えび かに いか 魚 その他( )

強度	食品リスト	○×	
強 ↑↓ 弱	2 甲殻類・魚介類そのもの(えび, かに, いか, 貝, 魚など)		
	1 魚介類を使用したスープ(だし, スープの一部など)		
	その他	魚卵(子持ちししゃも, たらこなど)	
	備考(×な魚介類を列記)		
その他	コンタミネーション*表示の中に記載されている場合		

牛乳・乳製品

強度	食品リスト	○×
強 ↑↓ 弱	4 生の牛乳, 牛乳を主原料とした食品(牛乳, 調製粉乳, 練乳 など) 生の牛乳を用いた食品(生クリーム, アイスクリームなど)	
	3 牛乳が相当量含まれる食品(プリン, パパロア, シチューなど) チーズ, ヨーグルト, バターやこれらを含んだ食品	
	2 牛乳を多く含んだお菓子(ケーキ, チョコレートなど) つなぎにカゼインを含んだ食品(一部のハム, ソーセージなど)	
	1 一部のマーガリン, ショートニング 加熱された牛乳やバターが少量含まれる食品(食パン, クッキーなど) 乳糖	
その他	コンタミネーション*表示の中に記載されている場合	

大豆・大豆加工品および豆腐

強度	食品リスト	○×
強 ↑↓ 弱	3 大豆, 枝豆, おから	
	2 豆乳, 豆腐, 厚揚げ, 油揚げ, がんもどき など 納豆, きな粉, またその加工品 市販植物油のほとんど(大豆油, サラダ油, 天ぷら油) マーガリン, ルウ	
	1 豆類(あずき, もやし, いんげん豆, グリンピース など) みそ, しょうゆ など	
	その他	コンタミネーション*表示の中に記載されている場合

小麦・麦製品

強度	食品リスト	○×
強 ↑↓ 弱	3 小麦を主成分とした食品(パン, うどん, 麺, パスタ, ケーキなど)	
	2 小麦を少量使用した食品(肉・練り製品のつなぎ, カレールウ, フライの衣など) 麦そのものを少量使用(麦ごはん, 麦みそなど)	
	1 みそ, しょうゆ, 酢	
	その他	コンタミネーション*表示の中に記載されている場合

その他食べさせていないもの

該当するアレルゲン食品の項目に☑をつける。( )内は具体的な食品名を記載。

<input type="checkbox"/> そば	<input type="checkbox"/> 米	<input type="checkbox"/> ごま	<input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/> ナッツ類( )			
<input type="checkbox"/> 野菜( )			
<input type="checkbox"/> くだもの( )			
<input type="checkbox"/> 上記食品のコンタミネーションも除去が必要			

\*コンタミネーションとは、製造過程での意図しない混入のことです。  
 (例)「本製造工程では○○を含む製品を製造しています」等の表示のあるもの

## 食物アレルギー対応面談記録票

□初回

□継続

面談日 令和 年 月 日

児童氏名	保育所(園) クラス ( ) 氏名 ( ) 男 ・ 女		
保護者氏名	続柄 ( )	緊急連絡先： T E L : - - 携帯電話： - -	
面談対応者	□施設長 □主任 □担任 ( ) □給食担当 ( ) □その他 ( )		
生活管理指導表の提出	□あり □なし (提出予定日 )		
食物アレルギー対応(対応レベル、除去の方法等)			
アレルギー食品の種類	症状	家庭での対応	備考
	(初回) 症状が出たときの様子 いつ： 症状： 対応：  (継続) 前回の面談から症状が出たことがあったか □あり 様子：  □なし	(初回) 少量食べているのか、全く口にしないのか、家族はどうしているのか等、様式4を確認しながら詳しく聞き取る  (継続) 前回の面談から変化があれば	(初回) 給食以外で配慮が必要なこと、治療しているか等  (継続) 施設での対応について不安や困っていることはないか等
緊急時の具体的な対応方法等	薬 □なし □あり(薬名： 保管場所： ) (使用方法： )		
給食の対応決定	□ 対応食(代替食・除去食)提供 □ 完全弁当 □ 一部弁当( ) □ 飲用牛乳(ミルク)のみ除去 □ 給食での対応はなし □ その他 ( ) 備考：		
その他特記事項			

令和 年 月 日

組

\_\_\_\_\_さん 保護者 様

\_\_\_\_\_保育所 (園)

\_\_\_\_\_所 (園) 長

### 令和 年度 食物アレルギー対応給食決定通知書

日ごろ、保育所 (園) 給食の運営に御理解と御協力をいただき感謝申し上げます。  
 さて、先日は給食でのアレルギー対応について面談をさせていただき、ありがとうございました。面談の内容から、給食では次のように対応を決定します。  
 何か不明な点がありましたら、保育所 (園) まで連絡をお願いします。

#### 記

組	児童名	原因食品	給食での対応	対応月日
			<input type="checkbox"/> 除去・代替食の提供 ※ (献立表は <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 提供月) <input type="checkbox"/> 完全弁当 <input type="checkbox"/> 一部弁当 ( ) <input type="checkbox"/> 飲用牛乳 (ミルク) のみ除去 <input type="checkbox"/> 給食での対応は無し <input type="checkbox"/> その他 ( )	月 日 開始

----- 切り取り -----

#### 同意書

(様式6)

\_\_\_\_\_保育所 (園) 長 様

私 (保護者氏名) \_\_\_\_\_ は、決定内容について同意します。

学年・組	児童名	原因食品	給食での対応	対応月日
0			<input type="checkbox"/> 除去・代替食の提供 ※ (献立表は <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 提供月) <input type="checkbox"/> 完全弁当 <input type="checkbox"/> 一部弁当 ( ) <input type="checkbox"/> 飲用牛乳 (ミルク) のみ除去 <input type="checkbox"/> 給食での対応は無し <input type="checkbox"/> その他 ( )	月 日 開始

令和 年 月 日

\_\_\_\_\_組

\_\_\_\_\_児童生徒名

\_\_\_\_\_保護者署名



**秘** アレルギー等の個別ケア管理記録

(様式8)

保育所(園) No.

氏名	男・女	生年月日	H・R	年	月	日	生まれ	家族構成	父・母・祖父・祖母・兄弟(人)・弟妹(人)					
								アレルギーの有無	( )	( )	( )	( )	( )	( )
ケアが必要な事項	<input type="checkbox"/> アレルギー (除去食品: ) <input type="checkbox"/> その他の問題点 ( )													
支援及び指導内容														
年月日	クラス	身体状況		保育所(園)での子どもの様子・働きかけ・改善した点				保護者への働きかけ・支援・改善した点				備考		
R 年 月		身長	cm											
		体重	kg											
		肥満度	%											
歳 ヶ月		身長	cm											
		体重	kg											
		肥満度	%											
R 年 月		身長	cm											
		体重	kg											
		肥満度	%											
歳 ヶ月		身長	cm											
		体重	kg											
		肥満度	%											
R 年 月		身長	cm											
		体重	kg											
		肥満度	%											
歳 ヶ月		身長	cm											
		体重	kg											
		肥満度	%											
R 年 月		身長	cm											
		体重	kg											
		肥満度	%											
歳 ヶ月		身長	cm											
		体重	kg											
		肥満度	%											

## 食物アレルギー対応給食 解除届

令和 年 月 日

\_\_\_\_\_ 保育所（園）長 様

\_\_\_\_\_ 組

児童生徒氏名：\_\_\_\_\_

本児童は、生活管理指導表に基づき除去していた（食物\_\_\_\_\_）  
に関して、医師の指導のもと、これまでに複数回食べて症状が誘発されないので、  
保育所（園）給食における食物アレルギー対応給食の解除をお願いします。

保護者氏名：\_\_\_\_\_