

(保護者記入欄)

会社名	有限会社 すみれ福祉会	
ふりがな 児童氏名	ふりがな	男 ・ 女
生年月日	(西暦)	
通院医院名		

※この指示書は、診断書をもって代えることが可能です。この指示書は半年に一度、または治療方針の変更・症状に変化のあった時に提出して頂きます。

(提出のない場合は、配慮しかねますのでご了承下さい。)

※以下については、かかりつけの医師にご記入願います。

(医師記入欄)

食物アレルギー指示書

記載年月日	年 月 日
記載医師名	⑩
アレルギー発症年齢	才 カ月
通院状況 (頻度)	
アレルギー症状	
アレルギー検査結果	
食べられない食物と 程度	
摂取方法と留意点	
治療方針	
その他配慮点	