

# 保育園給食除去食 実施・解除 届出書

上樋ちえれすて保育園 園長宛

令和 年 月 日

保護者名: \_\_\_\_\_ (印)

園児名: \_\_\_\_\_

令和 年 月 日 生

- ① 新規届出  
(医師の指示書が必要)
- ② 継続届出 及び 除去の解除届出  
(医師の診断書に基づき保護者が記入して保育園に提出)

【上記該当する項目(新規・継続・除去)に○をつけてください】

## 除去食実施

原因となる食品名	
症状	アトピー性皮膚炎 ・ ぜんそく ・ その他( ) アナフィラキシー( あり ・ なし ) アナフィラキシーの既往ありの場合のみ「食物」「その他」を記載 食物(原因: ) その他( )
除去の程度	完全除去 ・ つなぎ程度は良い (原因が大豆の場合、味噌、大豆油は 可 ・ 不可)
家庭での対応	完全実施 ・ 時々実施
その他特記事項	
緊急連絡先	保護者 : 電話 _____ 連絡医療機関 : _____ : 電話 _____

## 除去食解除

除去食解除の年月日	令和 年 月 日 から
除去食実施において除去していた食物(食品名: ) に関して、医師の指示のもと、これまでに複数回食べて、症状が誘発されないので、保護者の責任において、保育所における除去食の解除をお願いいたします。 令和 年 月 日 保護者名: _____ (印)	