

## 食物アレルギーの投薬依頼書 (保護者記入)

保護者記載	依頼先	二川保育園	記載年月日	年 月 日( )	
	依頼者	保護者名:			
		組 園児名:			
	主治医	氏名:		電話:	
		病院名:		( )科)	
	①薬品名	( )			
	②保管:	常温 ・ 冷蔵庫 ・ その他( )			
③診断日	平成 年 月 日				
④処方された薬は再受診日の	年 月	日まで園で保管して下さい。			
⑤アレルギー反応食:	( )を摂取時				
⑥摂取時の症状が	( )の時				

保育園記載	投薬者サイン [ ]	使用日時:	月 日 時 分	
	☆服薬の状況など			
	食事時間	時 分 ~	時 分	
	食事内容	【 ]		
	けいれん	なし ・ あり	けいれん時間:	時 分 ~ 時 分
	発疹	なし ・ あり	頭 顔 腹 背中 尻 腕 脚	
	その他の様子			

※アレルギー除去食に関する診断書の添付をして下さい。(用紙は園にあります)

## 食物アレルギーの投薬依頼書 (保護者記入)

保護者記載	依頼先	二川保育園	記載年月日	年 月 日( )	
	依頼者	保護者名:			
		組 園児名:			
	主治医	氏名:		電話:	
		病院名:		( )科)	
	①薬品名	( )			
	②保管:	常温 ・ 冷蔵庫 ・ その他( )			
③診断日	平成 年 月 日				
④処方された薬は再受診日の	年 月	日まで園で保管して下さい。			
⑤アレルギー反応食:	( )を摂取時				
⑥摂取時の症状が	( )の時				

保育園記載	投薬者サイン [ ]	使用日時:	月 日 時 分	
	☆服薬の状況など			
	食事時間	時 分 ~	時 分	
	食事内容	【 ]		
	けいれん	なし ・ あり	けいれん時間:	時 分 ~ 時 分
	発疹	なし ・ あり	頭 顔 腹 背中 尻 腕 脚	
	その他の様子			

※アレルギー除去食に関する診断書の添付をして下さい。(用紙は園にあります)