

佐久市学校給食アレルギー対応食指示書

年 月 日

佐久市教育委員会

病院・医院名 \_\_\_\_\_

主治医氏名 \_\_\_\_\_ (印)

学校給食を実施する際、注意が必要ですので次のとおり指示をします。

児童・生徒 氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
<p>○病名</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・食物アレルギー（即時型） アナフィラキシー（ある・なし）</li><li>・口腔アレルギー症候群</li><li>・食物依存性運動誘発アナフィラキシー</li><li>・その他（ )</li></ul>			
<p>○原因食品</p>			
<p>○学校給食実施の際の指示事項</p>			