氏名	男 女	生年月日 年　月　日

記入日　年　月　日
記入者

①現在、アレルギーはありますか？　ある　ない

②何アレルギーですか？該当するものに〇をつけて下さい。該当するものがなければ、
空欄の中に記入して下さい。

卵	乳	小麦	落花生	えび	かに	そば	あわび
いか	いくら	オレンジ	カシューナッツ		キウイフルーツ		牛肉
くるみ	ごま	鮭	サバ	大豆	鶏肉	バナナ	豚肉
松茸	桃	山芋	りんご	ゼラチン			

③該当するアレルギーの現状況（除去しているもの）にチェックを入れて下さい。

【卵】

完全除去（　）マヨネーズ（　）卵を主とする料理（卵焼き、かき玉汁等）（　）
卵を主とする菓子（カステラ、バームクーヘン等）（　）
つなぎに入る料理（ハンバーグ、ちくわ等）（　）
つなぎに入る菓子（ケーキ、クッキー等）（　）
パン（ロールパン、クロワッサン等）（　）鶏肉、コンソメ（　）

【乳】

完全除去（　）牛乳、生クリーム（　）ヨーグルト、チーズ、バター（　）
牛乳を加熱した料理（シチュー、クリームスープ）（　）
乳を多く使用した菓子（ケーキ、クッキー等）（　）
つなぎとして少量使用した料理（ハンバーグ、魚の下味等）（　）
つなぎとして少量使用した菓子（ビスケット等）（　）
食パン（　）クロワッサン（　）

【小麦】

完全除去（　）パン、麺（　）麦茶（　）
小麦を使用した菓子（ケーキ、クッキー等）（　）カレールウ（　）
練り製品のつなぎ（かまぼこ、ちくわ等）（　）調味料（醤油、酢、味噌等）（　）

【　　】
完全除去（　）
【　　】
完全除去（　）

④ご家庭での対応はどのようにしていますか？

⑤ご家庭と同様の対応を病児保育室でも行ってよいですか？
はい　いいえ　（理由：　　）

⑥その他（ご希望や補足事項等ありましたらご記入下さい）

上記の内容に同意します。
年　月　日　保護者氏名