

食物アレルギー児 除去解除の医師指示書

提出年月日 年 月 日

医師の診断の結果、下記の病気及び症状の為、下記の食物を除去する必要がなくなったので、除去解除の指示をします。

園名 _____

園児名 _____

○ 診断された病名、及び症状 ○__

○ 医療機関名○ _____

医師名 _____ ⑩

○ 診察年月日 年 月 日

○除去の必要なし

○ 期 間 年 月 日 から

(保護者記入 → 園)

除去解除申請書 (日南町)

年 月 日

園名 _____ (_____ 組)

名前 _____

本児は食物アレルギー児食事の医師指示書で除去していた
(食物名: _____)
に関して、医療機関名「 _____ 」 _____ 医師の指導
のもと、これまでに複数回食べて症状が誘発されていません。
医師により摂取の許可がありましたので、園における完全解除
をお願いします。

保護者名: _____ (印)