

キッズケアルームなでしこ 食物アレルギー児童票

記入日 20 年 月 日

ふりがな 名前	
かかりつけ医	☎
食品名 (例 たまご)	対応 (例 完全除去)

抗アレルギー薬の常備薬 ☐ あり ☐ なし

薬名	使用するタイミング

これまでのアレルギー反応

いつ	症状	対応
20 年 月 日 歳 カ月		
20 年 月 日 歳 カ月		
20 年 月 日 歳 カ月		
20 年 月 日 歳 カ月		

備考欄

--