

アレルギーについて

年 月 日

お子さんの名前			
記入者氏名	続柄 ()		
生年月日	年	月	日 (歳 カ月)
アレルギーを 起こす食品			
アナフィラキシー ショックの既往	あり	なし	
緊急時搬送病院名			
住所			
TEL			
担当医			

*お預かり中にアナフィラキシーと疑われる症状が見られた場合、迅速に119番へ連絡いたします。

保護者連絡先(優先順に)

	お名前	続柄	TEL
①			
②			
③			

備考
