



# 食物アレルギーについて



お名前

---

生年月日：            年            月            日

①アレルギーを起こす食材は何ですか？

②どのような症状が出ますか？

③症状が出た時の対応はどうしていますか？

④現在はどの程度制限していますか？  
(完全除去、つなぎ程度は食べている、など)

記入日：            年            月            日

記入者氏名： \_\_\_\_\_

