

診 断 書 (給食用)

氏 名		生年月日	年 月 日生	歳 ヶ月
住 所			性 別	男 ・ 女

◇病 名
◇以下の食品の除去をお願いします。
◇アナフィラキシー症状の既往（該当する項目に○）
<p>1. あり 2. なし</p> <p>「あり」の場合 ： 原因食品（ ）</p> <p>発生年月日 平成 年 月</p>

上記のとおり診断いたします

年 月 日

医療機関名		TEL	
医師名	印		