

## アレルギー給食対応申請書（開始・変更・継続）

## 〔保護者記入欄〕

園児名 \_\_\_\_\_ 平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日生

医療機関名 医師名 診断年月日	
除去食品 (○を付けて下さい)	1. 鶏卵 2. 牛乳・乳製品 3. 小麦 4. 蕎麦 5. ピーナッツ 6. 大豆 7. 胡麻 8. ナッツ類(全て・クルミ・アーモンド・ ) 9. 甲殻類(全て・エビ・カニ・ ) 10. 軟体類・貝類(全て・イカ・タコ・ほたて・アサリ・ ) 11. 魚卵(全て・イクラ・タラコ・ ) 12. 魚類(全て・サバ・サケ・ ) 13. 肉類(鶏肉・牛肉・豚肉・ ) 14. 果物類(キウイ・バナナ・ ) 15. その他( )
備考	アナフィラキシー症状を起こしたことが(ある・ない)

※ 開始・変更・継続の際には、**保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表(次ページ)**又は**医師の指示書**とともにご提出ください。

※ 必ず医師の診断日より1年以内に変更・継続・終了いずれかの手続きを行ってください。

※ 終了手続きの際は、**アレルギー給食対応終了申請書**をご提出ください。

平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 保護者氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

## 〔保育園記入欄〕

平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日までに上記除去食品の給食対応を行います。

七海保育園 園長氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表（食物アレルギー・アナフィラキシー・アレルギー性鼻炎）

提出日：平成 年 月 日

園児名 \_\_\_\_\_ 男・女 平成 年 月 日生（ 歳 ヶ月） \_\_\_\_\_ 組

この生活管理表は、保育所の生活において特別な配慮や管理が必要となった場合に限って作成するものです。

病型・治療		保育所での生活上の留意点		【緊急連絡先】	
<b>アナフィラキシー（あり・なし）</b> <b>食物アレルギー（あり・なし）</b>	<b>A. 食物アレルギー病型（食物アレルギーありの場合のみ記載）</b> 1. 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎 2. 即時型 3. その他（新生児消化器症状・口腔アレルギー症候群・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・その他）	<b>A. 給食・離乳食</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	<b>★保護者</b> 電話：	<b>★連絡医療機関</b> 医療機関名：	
	<b>B. アナフィラキシー病型（アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載）</b> 1. 食物（原因） 2. その他（医薬品・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・ラテックスアレルギー）	<b>B. アレルギー用調整粉乳</b> 1. 不要 2. 必要 下記該当ミルクに○、または（ ）内に記入 ミルクイー・ニューMA-1・MA-mi・ベブチアエクト エルメンタルフォーミュラ その他（ ）	<b>★連絡医療機関</b> 医療機関名：	電話：	
<b>C. 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に除去根拠（番号）を記載</b> 1. 鶏卵 《 》 2. 牛乳・乳製品 《 》 3. 小麦 《 》 4. ソバ 《 》 5. ピーナッツ 《 》 6. 大豆 《 》 7. ギョウ 《 》 8. ナッツ類* 《 》 9. 甲殻類* 《 》 10. 軟体類・貝類* 《 》 11. 魚卵* 《 》 12. 魚類* 《 》 13. 肉類* 《 》 14. 果物類* 《 》 15. その他 《 》 *類は（ ）の中の該当する項目に○をするか具体的に記載すること	<b>C. 食物・食材を扱う活動</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	記載日 年 月 日 医師名 医療機関名	記載日 年 月 日 医師名 医療機関名		
<b>D. 緊急時に備えた処方箋</b> 1. 内服薬（抗ヒスタミン薬・ステロイド薬） 2. アドレナリン・自己注射薬（エピペン®0.15mg） 3. その他（ ）	<b>D. 除去食品で摂取不可能なもの</b> 病型・治療のCで除去の際に摂取不可能なものに○ 1. 鶏卵……………卵殻カルシウム 2. 牛乳・乳製品……………乳糖 3. 小麦……………醤油・酢・麦茶 6. 大豆……………大豆油・醤油・味噌 7. ギョウ……………ゴキ油 12. 魚類……………かつおだし・いりこだし 13. 肉類……………エキス E. その他の配慮・管理事項	記載日 年 月 日 医師名 医療機関名	記載日 年 月 日 医師名 医療機関名		
<b>病型・治療</b>		<b>保育所での生活上の留意点</b>		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名	
<b>A. 病型</b> 1. 通年性アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎 主な症状の時期……春・夏・秋・冬		<b>A. 屋外活動</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名	
<b>B. 治療</b> 1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬（内服） 2. 鼻噴霧用ステロイド薬 3. その他（ ）		<b>B. その他の配慮・管理事項（自由記載）</b>		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名	

この生活管理指導表は、地域独自の取組や現場からの意見を踏まえ、今後改善していくことを考えています。