

食物アレルギー給食対応申込書

【 開始・変更・継続・終了 】

〔保護者記入欄〕

年 月 日 保護者氏名 印

児童氏名 年 月 日生

医療機関名 医師名 診断年月日	
制限食品 <u>(○をつけて 下さい)</u>	1. 鶏 卵 2. 牛 乳・乳製品 3. 小 麦 4. 大 豆 5.
備 考 (主な症状)	アナフィラキシー症状を起こしたことが (ある ない)

※ 開始・変更の場合は、医師のアレルギー食指示書を添付して下さい。
また変更がなくても確認のため、6カ月毎に申込書を提出して下さい。

〔保育園記入欄〕

保育園 園長氏名 印

	開始	変更 (一部解除を含む)	継続	終了
	年 月 日から・まで			
制限食品	制 限 内 容			
鶏 卵	レベル A (半生不可)	レベル B (主菜不可)	レベル C (つなぎ不可)	
牛 乳	レベル A (生不可)	レベル B (加工品、牛乳を多く使用した料理 不可)	レベル C (つなぎ不可)	
小 麦	レベル A (主食(おやつ主)となるもの不可)		レベル B (つなぎ不可)	レベル C (調味料不可)
大 豆	レベル A (大豆そのもの不可)	レベル B (大豆加工品不可)	レベル C (調味料不可)	
添付書類	指示書		診断書	
弁当対応	無	有	具体例	

(参考様式) ※「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」(2019年改訂版)
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・気管支ぜん息)

名前 _____ 男・女 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳 _____ ヶ月) _____ 組
 ※ この生活管理指導表は、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子どもに限って、医師が作成するものです。
 提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

★保護者 電話: _____
 ★連絡医療機関 電話: _____
 ★医療機関名: _____

病型・治療		保育所での生活上の留意点	
A. 食物アレルギー病型 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・乳児消化管アレルギー・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: _____)		A. 給食・離乳食 1. 管理不要 2. 管理必要 (管理内容については、病型・治療のC、欄及び下記C、E欄を参照) B. アレルギー用調整粉乳 1. 不要 2. 必要 下記該当ミルクに○、又は()内に記入 ミルク名: HP・ニューMA-1・MA-mi・ベテイエット・エリタマルフォーミュラ その他 (_____)	
B. アナフィラキシー病型 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・昆虫・動物のフケや毛)		C. 除去食品においてより厳しい除去が必要なもの 病型・治療のC、欄で除去の際に、より厳しい除去が必要となるものに○をつける ※本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した料理については、給食対応が困難となる場合があります。 1. 鶏卵: _____ 2. 牛乳・乳製品: _____ 3. 小麦: _____ 6. 大豆: _____ 7. ゴマ: _____ 12. 魚類: _____ 13. 肉類: _____ エキス _____	
C. 原因食品・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ()内に除去根拠を記載 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. コメ () 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 ()		D. 除去食品においてより厳しい除去が必要なもの 病型・治療のC、欄で除去の際に、より厳しい除去が必要となるものに○をつける ※本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した料理については、給食対応が困難となる場合があります。 1. 鶏卵: _____ 2. 牛乳・乳製品: _____ 3. 小麦: _____ 6. 大豆: _____ 7. ゴマ: _____ 12. 魚類: _____ 13. 肉類: _____ エキス _____	
D. 緊急時に備えた処方薬 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「エドペン®」 3. その他 (_____)		D. 食物・食材を扱う活動 1. 管理不要 2. 原因食材を教材とする活動の制限 () 3. 調理活動時の制限 () 4. その他 ()	
A. 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良		A. 寝具に関して 1. 管理不要 2. 防ダニシート等の使用 3. その他の管理が必要 ()	
B. 長期管理薬 (短期追加治療薬を含む) 1. ステロイド吸入薬 剤形: _____ 投与量(日): _____ 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 3. DSCG吸入薬 4. ベータ2刺激薬(内服・貼付薬) 5. その他 (_____)		C. 外遊び、運動に対する配慮 1. 管理不要 2. 管理必要 (管理内容: _____)	
D. 急性増悪(発作)時の対応 (自由記載)		D. 特記事項 (その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定)	
気管支ぜん息 (あり・なし)		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
医師名 _____		電話 _____	
医療機関名 _____		医療機関名 _____	
保護者氏名 _____		電話 _____	

● 保育所における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を保育所の職員及び消防機関・医療機関等と共有することに同意しますか。
 ・ 同意する
 ・ 同意しない