

アレルギー給食対応申込書 【 開始・変更・継続 】

( 医師の診断日より一年間有効 )

〔保護者記入欄〕

児童氏名 \_\_\_\_\_ 年 月 日生

医療機関名 医師名 診断年月日	年 月 日
除去申請期間	年 月 日まで
除去食品  ( <u>○をつけて 下さい</u> )	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 (すべて・クルミ・アーモンド・ ) ) 9. 甲殻類 (すべて・エビ・カニ・ ) ) 10. 軟体類・貝類 (すべて・イカ・タコ・ほたて・アサリ・ ) ) 11. 魚卵 (すべて・イクラ・タラコ・ ) ) 12. 魚類 (すべて・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、保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表（裏面）

又は医師の指示書と共にご提出ください。

※ 必ず医師の診断日より一年以内に変更・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。

記入日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

〔保育園記入欄〕

\_\_\_\_\_ 年 月 \_\_\_\_\_ 日まで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 \_\_\_\_\_ 印

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 年 月 日

名前 男・女 年 月 日生 ( 歳 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場合に限り作成するものです。

病型・治療		保育所での生活上の留意点		【緊急連絡先】			
<b>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>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>C. 原因食物・除去根拠</b> 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. ヒーナッツ 《 》 6. 大豆 《 》 7. エビ 《 》 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>D. 緊急時に備えた処方薬</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>A. 給食・種乳食</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 <b>B. アレルギー用調整粉乳</b> 1. 不要 2. 必要 下記該当シルクに○、又は( )内に記入 ミルクフリー・ ニューMA-1・ MA-mil ・ ベネリアエソット エレメンタルフォーミュラ その他( )	1. 鶏卵: 卵黄カルシウム 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. エビ: エビ油 12. 魚類: かつおだし・いわこだし 13. 肉類: エキス <b>E. その他の配慮・管理事項</b>	医師名 記載日 年 月 日	医師名 記載日 年 月 日		
		<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>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>保育所での生活上の留意点</b> <b>A. 屋外活動</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 <b>B. その他の配慮・管理事項(自由記載)</b>	医師名 記載日 年 月 日 医師名 記載日 年 月 日	医師名 記載日 年 月 日	医師名 記載日 年 月 日	医師名 記載日 年 月 日
		<b>食物アレルギー(あり・なし)</b> <b>アナフィラキシー(あり・なし)</b>	<b>アレルギー性鼻炎(あり・なし)</b>	医師名 記載日 年 月 日	医師名 記載日 年 月 日	医師名 記載日 年 月 日	医師名 記載日 年 月 日

この生活管理指導表は、地域独自の取り組みや現場からの意見を踏まえ、今後改善していかんことを考えております。