

園提出用

食物アレルギー対応の確認書

保育園では、医師により食物アレルギーがあると診断されたお子さんへの対応として、給食で原因食物の完全除去を行っています。アレルギー対応の要否について、次のいずれかに○を付け、お名前を記入の上、 月 日までに園へご提出ください。

アレルギー対応が必要と回答のあった園児については、後日個別に聞き取りをさせていただきます。

【保護者記入欄】

食物アレルギー対応は（ 必要です ・ 必要ありません ）

園児名:

(歳児)

保護者名:

家庭保管用

キ リ ト リ 線

保育園の給食では、市販の加工食品に含まれるものも含め、食物アレルギーを起こしやすいといわれる食品を提供することがあります。

下表は、特に食物アレルギーを起こしやすいといわれている食品と、保育園で主に使う食品の一例です。ご参考にしてください。

	食 品 名	保育園で主に使う食品の一例
1	鶏卵	鶏卵、マヨネーズ
2	牛乳・乳製品	牛乳、ヨーグルト、乳酸菌飲料、チーズ、バター、生クリーム（植物性含む）、マーガリン
3	小麦	パン、うどん、中華めん、スパゲティ、ぎょうざ（しゅうまい）の皮
4	ソバ	ソバそのものの提供はありませんが、加工食品（うどん等）で注意喚起表示のあるものは使用するため記載しています。
5	ピーナッツ（落花生）	市販の菓子や菓子パンなどの加工食品に含まれることがあります。
6	大豆	大豆、みそ、豆腐、高野豆腐、納豆、豆乳、生揚げ、油揚げ、きな粉、大豆油
7	ゴマ	ゴマ、ゴマ油
8	ナッツ類 （くるみ、アーモンド、カシューナッツ等）	市販の菓子や菓子パンなどの加工食品に含まれることがあります。
9	甲殻類（エビ、カニ）	エビ カニ（市販菓子などに含まれていることがあります。また、ちくわなどの練り製品の原料には「えび」「かに」を食べている魚が含まれていることもあります。）
10	軟体類・貝類 （イカ、タコ、あわび、ホタテ、あさり等）	イカ、するめ、あさり、はまぐり
11	魚卵（イクラ、タラコ、子持ちししゃも等）	子持ちししゃも
12	魚類 （サバ、サケ、タラ、ブリ、白身魚、ツナ缶等）	左記の他にサンマ、いわし、しらす干し、さつまあげ、ちくわ、はんぺん、魚肉ソーセージ
13	肉類（鶏肉、豚肉、牛肉、ゼラチン）	鶏肉、豚肉（レバー含む）、ハム、ベーコン、ウインナー、ソーセージ、ゼラチン（市販ヨーグルト、ゼリーなどに使用あり）
14	果物類（キウイ、バナナ、オレンジ、パイナップル、もも、メロン等）	バナナ、かんきつ類全般（オレンジ、グレープフルーツ等）リンゴ、パイナップル、果物缶詰
15	その他	やまいも（長芋）、里芋

注）上記以外の食品でも食物アレルギーを起こすことがあります。

食物アレルギーに関する調査票 (保護者記入用)

_____ 保育園

様式3

お子さんのお名前 _____ (男・女) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生
(_____ 歳 _____ ヶ月)

除去食品 _____ 連絡先 (TEL) _____

①過去に食べもので発症したことがある場合はお書きください。

回数	発症した年齢	食品名	食品の量
1	年 _____ 月(生後 _____ 歳 _____ ヶ月)頃		
2	年 _____ 月(生後 _____ 歳 _____ ヶ月)頃		
3	年 _____ 月(生後 _____ 歳 _____ ヶ月)頃		

どんな症状が出ましたか (複数回答あり)	<input type="checkbox"/> 赤くなった <input type="checkbox"/> 皮膚が虫さされ様にぼこぼこ盛り上がった <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 腫れぼったくなった <input type="checkbox"/> 嘔吐した(_____ 回) <input type="checkbox"/> 部位 _____)にブツブツが出た <input type="checkbox"/> その他(_____)
体のどこに症状が出ましたか (複数回答あり)	<input type="checkbox"/> 目のまわり <input type="checkbox"/> くちのまわり <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> おなか <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 背中 <input type="checkbox"/> その他(_____)
食べてから症状が出るまでの時間 (複数回答あり)	<input type="checkbox"/> 食べてすぐ <input type="checkbox"/> 30分以内 <input type="checkbox"/> 30分～2時間後 <input type="checkbox"/> その他(_____)時間後

②原因食品が皮膚についたり、吸い込んだりして症状が出たことがありますか？

ない ある → 卵のパック 小麦粘土 牛乳パック その他(_____)

③原因食品を食べたことで、アナフィラキシーショック(※)の経験はありますか？

ない ある → 回数(_____ 回) 最終受診(_____ 年 _____ 月)
 症状 せき込み 呼吸困難 意識もうろう その他(_____)

※アナフィラキシーショックとは、原因食品を食べた後でじんましんなどの皮膚症状の他に、せき込み・呼吸困難・意識障害などの生命危機で一刻も早く治療せねばならない重篤な状態です。

④食物アレルギー以外のアレルギー疾患はありますか？

ない アトピー性皮膚炎 気管支喘息 アレルギー性鼻炎 動物アレルギー
その他(_____)

⑤解除に向けて、家庭で食べ始めている除去食品がある場合はお書きください。

食品名 _____ 現在食べている量 _____

いつから食べ始めていますか _____ 年 _____ 月頃～

その時の症状の有無 無 有(どんな症状 _____)

_____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名 _____

印 _____

緊急時の対応票

様式4

〔保護者記載欄〕

*太枠のみ記載してください。

〔保育園記載欄〕

お子さんの名前		性別	クラス	生年月日	アナフィラキシーの有無
		男・女		平成・令和 年 月 日 (歳 か月)	有・無
原因食品					
管理状況	内服薬	有・無			
		薬品名:			
	エピペン	有・無			
		使用期限:			
処方本数:	本				
その他					
関係機関	救急搬送を希望する医療機関名				TEL:
	主治医	医院名:	医師名:		

緊急時に備えた処方薬がある場合(保護者との協議内容)	
(1)保管・管理の方法	
(2)使用するタイミング	
薬品名: ⇒ 薬品名: ⇒ 薬品名: ⇒	
救急車要請の目安(保護者との協議)	
保護者に連絡するタイミング(保護者との協議)	
自由記載欄	

裏面の「緊急時の対応」フローチャートについて、確認してください。

《同意書》

- 下記の内容に同意される場合は、□にチェックの上署名・捺印をお願いいたします。
- 上記の薬剤を園で保管すること。
 - 保護者と連絡が取れなかった場合や緊急時には、園の判断で薬剤を使用すること。
 - 園で薬剤を使用した際は、保護者は速やかに迎えに来ること。
 - アドレナリン自己注射薬(エピペン)を園で預かる場合は、事前に市から上越地域消防本部に情報提供すること。

- アレルギー症状出現時(緊急時)、上記の対応をとること。
- 保護者と連絡が取れなかった場合や緊急時には、園の判断で救急車を要請すること。
- 保育園における緊急時の対応に活用するため、記載された内容を全職員で共有すること。
- 緊急時の連絡先は、「緊急連絡カード」の記載のとおりとすること。

令和 年 月 日 保護者氏名 _____ 印

保育園等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)

提出日 令和 年 月 日

名前 男・女 平成・令和 年 月 日生(歳 ヶ月) ()園

※この生活管理指導表は、保育園等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。

★保護者記入欄

食物アレルギー (あり・なし) アナフィラキシー (あり・なし)	病型・治療	保育施設での生活上の留意点	【緊急連絡先】	★保護者名
	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)		電話(続柄) ① () ② ()
	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) 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)	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 ミルフィーHP・ニューMA-1・MA-mi・ペプディエット・エレメンタルフォーミュラ その他()		
	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 《 》 [除去根拠] 2. 牛乳・乳製品 《 》 該当するものを《 》内に番号を記載 3. 小麦 《 》 ①明らかな症状の既往 4. ソバ 《 》 ②食物負荷試験陽性 5. ピーナッツ 《 》 ③IgE抗体等検査結果陽性 6. 大豆 《 》 ④未摂取 7. ゴマ 《 》 8. ナッツ類* 《 》 (すべて・クルミ・カシューナッツ・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・ホタテ・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 《 》 () 「*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」	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みに○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。		★緊急連絡医療機関 医療機関名: 電話: 記載日 年 月 日
D. 保育園における緊急時に備えた処方薬 1. 内服薬(薬品名:) 2. アドレナリン自己注射薬「エピペン®0.15mg」 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 ()	電話		

●保育園等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園等の職員及び市保育課で共有することに同意します。

保護者氏名



【保護者記入⇒保育園】

保育園長 様

除去解除願い

令和 年 月 日

保育園名		クラス名	
園児名			
生年月日	生年月日：平成・令和 年 月 日生		
受診医療機関			
完全解除となる食品名			

本児は上記の食品〔未摂取・未摂取以外〕を除去していましたが、医師の指導のもと、これまでに複数回（※1）食べて症状が誘発されていないので、保育園において完全解除をお願いします。

（※1）保育園で提供する最大量程度を家庭で5回以上食べていること

保護者氏名

印

《保育園記載欄》

申請書受領日 令和 年 月 日

給食解除開始日 令和 年 月 日