

食物アレルギー対応給食申請書(新規・継続)

提出日 平成 年 月 日

保育所 様

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

1 食物アレルギーに関する保育所給食での対応について、下記の必要書類を添えて申請します。

ふりがな 児童氏名		性 別	男 ・ 女
生年月日	平成 年 月 日 ( 歳 ヶ月)	クラス	組
住 所	〒 _____ TEL ( _____ ) - _____		
緊急連絡先 氏名・続柄・TEL	①	氏名  (続柄: _____)	TEL 携帯 _____
	②	氏名  (続柄: _____)	TEL 携帯 _____
	③	氏名  (続柄: _____)	TEL 携帯 _____

2 これまでの食物アレルギーの経過及び受診医療機関

●アレルギーと摂取時に経験した症状

アレルギー	摂取時に経験した症状	発症確認時期
<input type="checkbox"/> 鶏卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	<input type="checkbox"/> 未摂取または IgE 抗体陽性による除去のため、症状の経験なし <input type="checkbox"/> 発赤、じんま疹 <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、唇・顔の腫れ <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> アナフィラキシー <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	平成 年 月 頃
<input type="checkbox"/> 鶏卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	<input type="checkbox"/> 未摂取または IgE 抗体陽性による除去のため、症状の経験なし <input type="checkbox"/> 発赤、じんま疹 <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、唇・顔の腫れ <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> アナフィラキシー <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	平成 年 月 頃
<input type="checkbox"/> 鶏卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	<input type="checkbox"/> 未摂取または IgE 抗体陽性による除去のため、症状の経験なし <input type="checkbox"/> 発赤、じんま疹 <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、唇・顔の腫れ <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> アナフィラキシー <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	平成 年 月 頃
<input type="checkbox"/> 鶏卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	<input type="checkbox"/> 未摂取または IgE 抗体陽性による除去のため、症状の経験なし <input type="checkbox"/> 発赤、じんま疹 <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、唇・顔の腫れ <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> アナフィラキシー <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	平成 年 月 頃

アレルゲン	摂取時に経験した症状	発症確認時期
<input type="checkbox"/> 鶏卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 (                    )	<input type="checkbox"/> 未摂取または IgE 抗体陽性による除去のため、症状の経験なし <input type="checkbox"/> 発赤、じんま疹 <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、唇・顔の腫れ <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> アナフィラキシー <input type="checkbox"/> その他 (                    )	平成    年    月 頃
<input type="checkbox"/> 鶏卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 (                    )	<input type="checkbox"/> 未摂取または IgE 抗体陽性による除去のため、症状の経験なし <input type="checkbox"/> 発赤、じんま疹 <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、唇・顔の腫れ <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> アナフィラキシー <input type="checkbox"/> その他 (                    )	平成    年    月 頃

### ●食物アレルギーのために受診している医療機関

医療機関名 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_

上記医療機関への受診は、( およそ \_\_\_\_\_ ヶ月ごと ・ 年1回以上 ・ 必要時 )

最後に受診したのは、( 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 )

緊急時に備えた処方薬で、保育所で保管する薬が、( ある ・ ない )



内服薬 (                    )

アドレナリン自己注射薬 (エピペン®)

その他 (                    )

### 3 食物アレルギー対応給食を実施するにあたっての確認事項

#### ●下記のことを理解して同意します。(該当する箇所をチェックしてください。)

栄養、献立面で不足が生じるおそれがあること

献立の原材料が変更される場合があること

集団給食において対応が難しい場合は、弁当持参などの協力を依頼する場合があること

微量混入 (コンタミネーション) の可能性が完全には排除できないこと

定期的及び必要に応じて、対応内容について保育所と協議する必要があること

定期的に医師の診断を受け、申請書と添付書類を半年に一度は保育所に提出し、面談によって具体的な対応について確認すること

必要に応じて、保育所から上記医療機関に診療情報を照会する場合があること

緊急時には、内服薬の投与またはエピペン®の注射 (保育所に内服薬やエピペン®を預ける場合) や、指定された病院への搬送を行う場合があること

この申請書及び給食対応の内容は、保育所の全職員に情報が共有されること

消防署と情報共有すること

### 4 その他特記事項