

食物アレルギー確認表

(4月入所追加・途中入所・入所後)

入所保育所	保育所	平成	年	月	日
-------	-----	----	---	---	---

(フリガナ)		男・女	生年月日	平成	年	月	日
児童氏名							

【食物アレルギーの対応についてのお知らせ】の確認をお願いいたします。

①今まで、食べ物を食べてアレルギー反応を起こしたことがありますか？	ある ・ ない
②それは何を食べて、どのような症状でしたか？	(食品) (症状)
③その時、病院に行きましたか？	行った ・ 行かない
④今までに強いアレルギー反応(アナフラキシーショック)を起こしたことがありますか？	ある ・ ない
⑤それは、何歳のときでしたか？	歳 ヶ月
⑥何を食べたときに起きましたか？	
⑦食べてはいけない食品がありますか？	
⑧それは医師からの指示ですか？	指示あり ・ 指示なし
*「医師の指示がない」場合は、給食ではアレルギーの原因になっている食品を除去していくことができませんので、除去の対応が必要であれば、医師の診断と指導に基づく「生活管理指導表」(上尾市用)が必要になります。	
⑨定期的に通院していますか？	はい (ヶ月に 回)
*食物アレルギー対応マニュアルでは必要時、もしくは最低1年に1回を目安としています。	
⑩家庭ではどのように対応していますか？	
* 医師の指示に変更が出た場合は、早めに保育所へお知らせください。	
⑪エピペンの処方がありますか。	ある ・ ない
⑫保育所給食で除去対応を希望する・希望しない場合でも、医師の診断と指導に基づく「生活管理指導表」(上尾市用)を提出した上で、対応することに同意しますか。	同意する ・ 同意しない

保育所記入欄
記入者

給食での対応は医師の診断に基づく、食べられない食品を除いた形での提供になります。(完全除去食)

除去で対応したときに、献立として不足する場合など、家庭から食材や調理品を持参していただくこともあります。