

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

保育所長 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 _____

●添付書類(必須)

 保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表 (食物アレルギー用) 【様式2】

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"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <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、「緊急時アレルギー症状チェック表」(資料4)に基づいて、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