

食物アレルギー対応への配慮や管理が必要とされるご家族の方へ

保育施設では、成長期のお子さんの発育・発達を妨げることのないよう、医師の指導のもと、食物アレルギーによる除去食（代替食）の対応について、保護者と相談のうえ決定します。

保育所における食物アレルギー対応の基本は、こどもが安全に保育所生活を送るという観点から、「完全除去」か「解除」のどちらかです。

特に、アナフィラキシーショックの既往のあるお子さんは、細心の注意が必要です。以下の流れに沿って対応をすすめていきますので、ご協力をお願いいたします。

食物アレルギー対応の流れ

1. 保育施設より、以下の書類をお渡しします。

- ①「各医療機関の先生方へ」
- ②「保育関係施設におけるアレルギー疾患生活管理指導表」
- ③「食物アレルギー対応申請書兼同意書」
- ④「食物アレルギーに関する調査票」



2. かかりつけ医に

- ①「各医療機関の先生方へ」
- ②「保育関係施設におけるアレルギー疾患生活管理指導表」を提出し、②の記載をお願いしてください。（文書料が発生します）

3. 保護者が下記の書類を記入し、保育施設に提出してください。

- ②「保育関係施設におけるアレルギー疾患生活管理指導表」の提出日、氏名、性別、生年月日、年齢、保育施設名、組、緊急連絡先、同意する・しない、保護者氏名
- ③「食物アレルギー対応申請書兼同意書」
- ④「食物アレルギーに関する調査票」

4. 除去食品の対応方法について保育施設と十分協議していただき、お互いに同意の確認をしてください。

裏面もご覧ください

<注意事項>

- 提出いただいた②「保育関係施設におけるアレルギー疾患生活管理指導表」と③「食物アレルギー対応申請書件同意書」に相違がある場合は、再度医師と相談していただきます。

- 症状の悪化や新たな症状がみられた場合は、必ずかかりつけ医を受診してください。
除去の程度や種類が変わった場合は、改めて
 - ②「保育関係施設におけるアレルギー疾患生活管理指導表」
 - ③「食物アレルギー対応申請書兼同意書」
 - ④「食物アレルギーに関する調査票」を保育施設に提出してください。
* 症状に変化が見られない場合でも、医師の指示に基づき年に1～2回の受診をし、年度が替わる際には、②③④を再提出してください。

- アレルギー負荷試験実施中の場合は、必ず保育施設に報告してください。
経過観察に必要な時間を必ず主治医に確認し、その時間は家庭で経過をみていただくようお願いします。

- 入園前にアレルギー以外の食品は家庭で複数回食べてきてください。

- 食物アレルギーが改善し、除去食等の必要がなくなった場合には、医師の指導に基づき、「除去解除申請書」を保育施設に提出してください。
* 「除去解除申請書」が必要な場合は、各保育施設にお申し出ください。

各医療機関の先生方へ

当市の保育施設での生活において、アレルギー疾患に関して特別な配慮や管理、除去食（代替食）等が必要なお子さんは、かかりつけ医の先生からご意見をいただき、それをもとに保育施設が保護者と相談をして対応していきたいと考えております。

つきましては、「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表」等の記載にご協力の程お願いいたします。

また、「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表」で除去していた食品に関して、先生のご指導のもと、複数回食べて症状が誘発されていない場合には、保護者に対して保育施設における除去解除指示をお願いいたします。

前橋市福祉部子育て施設課

前橋市園医委員会

(様式) ※「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」(2019年改訂版)

保育関係施設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・気管支ぜん息)

★保護者
電話:
★連絡医療機関
医療機関名:
電話:

名前 _____ 男・女 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳 _____ ヶ月) 園名: _____ 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子どもに限って、医師が作成するものです。

病型・治療		保育所での生活上の留意点		記載日
食物アレルギー (あり・なし) アナフィラキシー (あり・なし)	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)	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(_____)	年 月 日
	B. アナフィラキシー病型 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)	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。 1. 鶏卵: 卵殻カルシウム 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. ゴマ: ゴマ油 12. 魚類: かつおだし・いりこだし 13. 肉類: エキス		医師名 _____
	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 《 》 2. 牛乳・乳製品 《 》 3. 小麦 《 》 4. ソバ 《 》 5. ピーナッツ 《 》 6. 大豆 《 》 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 (_____) 「*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」		E. 特記事項 (その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定)	医療機関名 _____
	D. 緊急時に備えた処方薬 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®」 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 _____
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	保育所での生活上の留意点	記載日	
気管支ぜん息 (あり・なし)	A. 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良	C. 急性増悪(発作)治療薬 1. ベータ刺激薬吸入 2. ベータ刺激薬内服 3. その他	A. 寝具に関して 1. 管理不要 2. 防ダニシーツ等の使用 3. その他の管理が必要(_____)	年 月 日
	B. 長期管理薬 (短期追加治療薬を含む) 1. ステロイド吸入薬 剤形: 投与量(日): 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 3. DSCG吸入薬 4. ベータ刺激薬(内服・貼付薬) 5. その他(_____)	D. 急性増悪(発作)時の対応 (自由記載)	B. 動物との接触 1. 管理不要 2. 動物への反応が強いため不可 動物名(_____) 3. 飼育活動等の制限(_____)	C. 外遊び、運動に対する配慮 1. 管理不要 2. 管理必要 (管理内容: _____)
気管支ぜん息 (あり・なし)	病型・治療	保育所での生活上の留意点	記載日	医療機関名 _____
気管支ぜん息 (あり・なし)	病型・治療	保育所での生活上の留意点	記載日	電話 _____

● 保育所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所の職員及び消防機関・医療機関等と共有することに同意しますか。

- ・ 同意する
- ・ 同意しない

保護者氏名 _____

(様式) ※「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」(2019年改訂版)

保育関係施設におけるアレルギー疾患生活管理指導表 (アトピー性皮膚炎・アレルギー性結膜炎・アレルギー性鼻炎)

提出日 年 月 日

名前 男・女 年 月 日生 (歳 ヶ月) 園名: 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子どもに限って、医師が作成するものです。

アレルギー疾患	病型・治療		保育所での生活上の留意点		記載日
					年 月 日
アトピー性皮膚炎 (あり・なし)	A. 重症度のめやす(厚生労働科学研究班) 1. 軽症:面積に関わらず、軽度の皮疹のみみられる。 2. 中等症:強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満にみられる。 3. 重症:強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満にみられる。 4. 最重症:強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上にみられる。 ※軽度の皮疹:軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変 ※強い炎症を伴う皮疹:紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変		A. プール・水遊び及び長時間の紫外線下での活動 1. 管理不要 2. 管理必要 ()		医師名
	B-1. 常用する外用薬 1. ステロイド軟膏 2. タクロリムス軟膏 (「プロトピック®」) 3. 保湿剤 4. その他()	B-2. 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他()	C. 食物アレルギーの合併 1. あり 2. なし	B. 動物との接触 1. 管理不要 2. 動物への反応が強いため不可 動物名 () 3. 飼育活動等の制限 () 4. その他 ()	
アレルギー性結膜炎 (あり・なし)	A. 病型 1. 通年性アレルギー性結膜炎 2. 季節性アレルギー性結膜炎(花粉症) 3. 春季カタル 4. アトピー性角結膜炎 5. その他()		A. プール指導 1. 管理不要 2. 管理必要(管理内容:) 3. プールへの入水不可		医師名
	B. 治療 1. 抗アレルギー点眼薬 2. ステロイド点眼薬 3. 免疫抑制点眼薬 4. その他()		B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要(管理内容:)		
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)	A. 病型 1. 通年性アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎(花粉症) 主な症状の時期: 春・夏・秋・冬		A. 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要(管理内容:)		医師名
	B. 治療 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. 舌下免疫療法 4. その他		B. 特記事項 (その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定)		

●保育所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所の職員及び消防機関・医療機関等と共有することに同意しますか。

- ・ 同意する
- ・ 同意しない

保護者氏名

【表面 記入例】

提出日 令和〇年〇月〇日

(様式) ※「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」(2019年改訂版)

保育関係施設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・気管支ぜん息)

名前 前橋 花子 男 女 平成28年 6 月 10 日生 (4 歳 2 ヶ月) 園名: 赤城保育園 やま 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子どもに限って、医師が作成するものです。

★保護者
電話: 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
★連絡医療機関
医療機関名: 〇〇病院
電話: 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

病型・治療		保育所での生活上の留意点		記載日
食物アレルギー アナフィラキシー (あり・なし)	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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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)	E. 特記事項 (その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定) <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; color: green;"> 鶏卵: 全卵0.7gで全身紅斑。 家庭では牛乳を100ccずつ負荷試験中。 </div>	令和〇年〇〇月〇〇日
	B. アナフィラキシー病型 <input checked="" type="radio"/> 1. 食物 (原因: <u>ピーナッツ</u>) 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 <input checked="" type="radio"/> 1. 不要 2. 必要 下記該当ミルクに〇、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()		医師名 浅間 次郎
	C. 原因食品・除去根拠 該当する食品の番号に〇をし、かつ《 》内に除去根拠を記載 <input checked="" type="radio"/> 1. 鶏卵 《 》 <input checked="" type="radio"/> 2. 牛乳・乳製品 《 》 <input type="radio"/> 3. 小麦 《 》 <input type="radio"/> 4. ソバ 《 》 <input checked="" type="radio"/> 5. ピーナッツ 《 》 <input type="radio"/> 6. 大豆 《 》 <input type="radio"/> 7. ゴマ 《 》 <input type="radio"/> 8. ナッツ類* 《 》 <input type="radio"/> 9. 甲殻類* 《 》 <input type="radio"/> 10. 軟体類・貝類* 《 》 <input type="radio"/> 11. 魚卵* 《 》 <input type="radio"/> 12. 魚類* 《 》 <input type="radio"/> 13. 肉類* 《 》 <input type="radio"/> 14. 果物類* 《 》 <input type="radio"/> 15. その他 《 》 「*は()の中の該当する項目に〇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〇をつける ※本欄に〇がついた場合、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。 1. 鶏卵: 卵殻カルシウム 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. ゴマ: ゴマ油 12. 魚類: かつおだし・いりこだし 13. 肉類: エキス		医療機関名 〇〇〇病院
	D. 緊急時に備えた処方薬 <input checked="" type="radio"/> 1. 内服薬 (抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) <input checked="" type="radio"/> 2. アドレナリン自己注射薬「エピペン®」 3. その他()	D. 食物・食材を扱う活動 <input checked="" type="radio"/> 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 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
病型・治療	保育所での生活上の留意点	記載日		
A. 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良	C. 急性増悪(発作)治療薬 1. ベータ刺激薬吸入 2. ベータ刺激薬内服 3. その他	A. 寝具に関して 1. 管理不要 2. 防ダニシーツ等の使用 3. その他の管理が必要()	年 月 日	
B. 長期管理薬 (短期追加治療薬を含む) 1. ステロイド吸入薬 剤形: 投与量(日): 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 3. DSCG吸入薬 4. ベータ刺激薬(内服・貼付薬)	D. 急性増悪(発作)時の対応 (自由記載)	B. 動物との接触 1. 管理不要 2. 動物への反応が強いため不可 動物名() 3. 飼育活動等の制限()	医師名	
病型・治療	保育所での生活上の留意点	C. 外遊び、運動に対する配慮 1. 管理不要 2. 管理必要 (管理内容:)	医療機関名	
病型・治療	保育所での生活上の留意点	D. 特記事項 (その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定)	電話	

医師記入欄

● 保育所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所の職員及び消防機関・医療機関等と共有することに同意しますか。

同意する
 同意しない

保護者氏名 前橋 太郎

【裏面 記入例】

(様式) ※「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」(2019年改訂版)

保育関係施設におけるアレルギー疾患生活管理指導表 (アトピー性皮膚炎・アレルギー性結膜炎・アレルギー性鼻炎)

提出日 令和〇年〇月〇日

名前 前橋 花子 男・女 平成28年 6月 10日生 (4 歳 2 ヶ月) 園名: 赤城保育園 やま 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子どもに限って、医師が作成するものです。

医師記入欄

	病型・治療	保育所での生活上の留意点	記載日
アトピー性皮膚炎 (あり・なし)	A. 重症度のめやす(厚生労働科学研究班) 1. 軽症:面積に関わらず、軽度の皮疹のみみられる。 2. 中等症:強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満にみられる。 3. 重症:強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満にみられる。 4. 最重症:強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上にみられる。 ※軽度の皮疹:軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変 ※強い炎症を伴う皮疹:紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変	A. プール・水遊び及び長時間の紫外線下での活動 1. 管理不要 2. 管理必要 ()	年 月 日 医師名 医療機関名 電話
	B-1. 常用する外用薬 1. ステロイド軟膏 2. タクロリムス軟膏 (「プロトピック®」) 3. 保湿剤 4. その他()	B-2. 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他()	
アレルギー性結膜炎 (あり・なし)	A. 病型 1. 通年性アレルギー性結膜炎 2. 季節性アレルギー性結膜炎(花粉症) 3. 春季カタル 4. アトピー性角結膜炎 5. その他()	A. プール指導 1. 管理不要 2. 管理必要(管理内容:) 3. プールへの入水不可	記載日 年 月 日 医師名 医療機関名 電話
	B. 治療 1. 抗アレルギー点眼薬 2. ステロイド点眼薬 3. 免疫抑制点眼薬 4. その他()	B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要(管理内容:)	
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)	A. 病型 1. 通年性アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎(花粉症) 主な症状の時期: <input checked="" type="radio"/> 春 <input type="radio"/> 夏 <input type="radio"/> 秋 <input type="radio"/> 冬	A. 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要(管理内容: <u>眼鏡着用</u>)	記載日 令和〇年 〇月 〇日 医師名 <u>妙義 三郎</u> 医療機関名 <u>〇〇耳鼻咽喉科</u> 電話 <u>〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇</u>
	B. 治療 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. 舌下免疫療法 4. その他	B. 特記事項 (その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定)	

●保育所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所の職員及び消防機関・医療機関等と共有することに同意しますか。

- 同意する
- 同意しない

保護者氏名 前橋 太郎

食物アレルギー対応申請書兼同意書

《保護者記入欄》	令和 年 月 日
(施設名) _____ 様	
申請者 (保護者) _____	続柄 () _____
別添医療機関記入の生活管理指導票に基づき保育時間中の該当食品の対応を申請いたします。	
児童氏名 _____	生年月日: 年 月 日生 (歳 か月)
住所 _____	電話番号 () _____

1. 申請内容(下記表の太枠内 A・B は面談前に保護者が記入し、C は保育施設で面談し記入する。)

保護者

- A: 除去が必要な食品に○をつけてください。
B: 家庭での対応方法を【①完全除去 ②除去はしていない ③量を決めて摂取 ④負荷試験中】
の中から番号を選び、③④の場合には具体的な内容を右欄に記載してください。

保育施設

- C: 保育施設での対応方法を【⑤除去し代替食提供 ⑥除去のみで代替食提供無し ⑦家庭より代替食持参】
の中から番号を選び、⑤の場合には具体的な内容を右欄に記載してください

⑤除去し代替食提供とは・・・施設において除去した食品の代わりに、他の食品を提供すること。(例: 卵⇒魚 豆腐)
⑥除去のみで代替食無しとは・・・施設について除去を行うのみで、その替わりの食品を提供しない。(例: ピーナッツ⇒除去するのみ)

食品の分類	A 除去が必要な食品	B 家庭での対応		C 保育施設での対応方法	
		番号	内容	番号	内容
1 卵	鶏卵 (うずら等を含む)				
2 牛乳・乳製品	牛乳・乳製品				
3 小麦	小麦 醤油 酢 麦茶(大麦)				
4 ソバ	ソバ				
5 ピーナッツ	ピーナッツ				
6 大豆	大豆 大豆油 醤油 味噌				
7 ゴマ	ゴマ ごま油				
8 ナッツ類	カシューナッツ アーモンド クルミ 全て その他()				
9 甲殻類	エビ カニ 全て その他()				
10 軟体類・貝類	イカ タコ ホタテ アサリ 全て その他()				
11 魚卵	いくら たらこ 全て その他()				
12 魚類	サバ サケ 魚類の出汁 全て その他()				
13 肉類	鶏肉 豚肉 牛肉 肉エキス 全て				
14 果物類	キウイ バナナ スイカ メロン モモ 全て その他()				
15 その他					

2. 保育施設と面談・協議後、記入してください。(保護者と保育施設が記入)

保育施設との協議の結果、上記決定内容に同意します。

面談及び協議日: 令和 年 月 日

保護者

印 施設長

印

食物アレルギー対応申請書兼同意書

記入例

《保護者記入欄》

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

(施設名) 赤城保育園 様

申請者 (保護者) 前橋 太郎 続柄 (父)

別添医療機関記入の生活管理指導票に基づき保育時間中の該当食品の対応を申請いたします。

児童氏名 前橋 花子 生年月日: 平成 28年 6 月 10 日生 (4 歳 2 か月)

住所 前橋市朝日町 1 丁目 2 3 電話番号 0 2 7 (2 2 0) 0 0 0 0

1. 申請内容(下記表の太枠内 A・B は面談前に保護者が記入し、C は保育施設で面談し記入する。)

保護者

- A: 除去が必要な食品に○をつけてください。
- B: 家庭での対応方法を【①完全除去 ②除去はしていない ③量を決めて摂取 ④負荷試験中】の中から番号を選び、③④の場合には具体的な内容を右欄に記載してください。

保育施設

- C: 保育施設での対応方法を【⑤除去し代替食提供 ⑥除去のみで代替食提供無し ⑦家庭より代替食持参】の中から番号を選び、⑤の場合には具体的な内容を右欄に記載してください

⑤除去し代替食提供とは・・・施設において除去した食品の代わりに、他の食品を提供すること。(例: 卵⇒魚 豆腐)
 ⑥除去のみで代替食無しとは・・・施設について除去を行うのみで、その替わりの食品を提供しない。(例: ピーナッツ⇒除去するのみ)

食品の分類	A 除去が必要な食品	B 家庭での対応		C 保育施設での対応方法	
		番号	内容	番号	内容
1 卵	鶏卵 (うずら等を含む)	1		5	魚、肉、豆腐
2 牛乳・乳製品	牛乳・乳製品	4	100cc	5	ひじき、豆乳、豆腐
3 小麦	小麦 醤油 酢 麦茶(大麦)				
4 ソバ	ソバ				
5 ピーナッツ	ピーナッツ	1		6	
6 大豆	大豆 大豆油 醤油 味噌				
7 ゴマ	ゴマ ごま油				
8 ナッツ類	カシューナッツ アーモンド クルミ 全て その他()				
9 甲殻類	エビ カニ 全て その他()				
10 軟体類・貝類	イカ タコ ホタテ アサリ 全て その他()				
11 魚卵	いくら たらこ 全て その他()				
12 魚類	サバ サケ 魚類の出汁 全て その他()				
13 肉類	鶏肉 豚肉 牛肉 肉エキス 全て				
14 果物類	キウイ バナナ スイカ メロン モモ 全て その他()				
15 その他					

2. 保育施設と面談・協議後、記入してください。(保護者と保育施設が記入)

保育施設との協議の結果、上記決定内容に同意します。

※日付は必須
記入漏れに注意!

面談及び協議日: 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

保護者

前橋 太郎



施設長

赤城 隆史



食物アレルギーに関する調査票(保護者記入用)

お子さんのお名前 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 歳 _____ ヶ月)

1. 食物アレルギー以外のアレルギー疾患は、ありますか？
なし あり(_____)

2. 食物アレルギーの原因食品と、食べた後に起こる症状を記入ください。

食品の項目 食品チェック表の項目を記入	具 体 的 な 症 状	最終の発病年月
		年 月
		年 月
		年 月
		年 月

3. 過去に除去を行っていたが、現在は食べることが可能になった食品はありますか？
いいえ はい → 食物名(_____)

4. 主治医より食物アレルギーについて日常生活で、注意を受けていることがあれば記載してください。

5. 原因食品を食べたことで、アナフィラキシーを起こしたことはありますか？
いいえ はい → 回数(_____ 回) 最終の発病年月(_____ 年 _____ 月)
原因(_____)
症状(_____)

6. 症状が現れた場合に、処方されている薬がありますか？
なし あり → 薬名(_____)
* 「あり」の場合は、与薬指示書を併せてご提出ください。

7. 園(所)でアナフィラキシー等の症状が現れた時に、連絡が取れる連絡先を記入してください。

優先順位	氏名	続柄	連絡先及び電話番号	特記事項
1			自宅: 職場: 携帯:	
2			自宅: 職場: 携帯:	
3			自宅: 職場: 携帯:	

8. 症状が現れた場合、受診する医療機関を記入してください。(* 主治医の了承を得るようにお願いします)

医療機関名: _____ 主治医氏名: _____

住所: _____ 電話番号: _____

食物アレルギーに関する調査票(保護者記入用)

記入例

お子さんのお名前 前橋 花子 生年月日 H28 年 6 月 10 日(4 歳 2 ヶ月)

1. 食物アレルギー以外のアレルギー疾患は、ありますか？

なし

あり(アレルギー性鼻炎)

2. 食物アレルギーの原因食品と、食べた後に起こる症状を記入ください。

食品の項目 食品チェック表の項目を記入	具 体 的 な 症 状	最終の発病年月
<u>鶏卵</u>	<u>全卵を食べたら全身が赤くなった。</u>	<u>平成 29 年 3 月</u>
<u>牛乳・乳製品</u>	<u>チーズを食べたら蕁麻疹が出て痒くなった。</u>	<u>平成 30 年 6 月</u>
<u>ピーナッツ</u>	<u>ピーナッツを食べたら全身が赤くなり、呼吸困難になった。</u>	<u>令和1年 5 月</u>
		年 月

3. 過去に除去を行っていたが、現在は食べることが可能になった食品はありますか？

いいえ

はい → 食物名(小麦)

4. 主治医より食物アレルギーについて日常生活で、注意を受けていることがあれば記載してください。

5. 原因食品を食べたことで、アナフィラキシーを起こしたことはありますか？

いいえ

はい → 回数(1 回) 最終の発病年月(令和1年 5 月)

原因(ピーナッツを食べた)

症状(全身が赤くなり、呼吸困難になった)

6. 症状が現れた場合に、処方されている薬がありますか？

なし

あり → 薬名(エピペン 0.15 mg)

* 「あり」の場合は、与薬指示書を併せてご提出ください。

7. 園(所)でアナフィラキシー等の症状が現れた時に、連絡が取れる連絡先を記入してください。

優先順位	氏名	続柄	連絡先及び電話番号	特記事項
1	<u>前橋 太郎</u>	<u>父</u>	自宅: <u>〇〇〇-〇〇〇〇</u> 職場: <u>〇〇〇-〇〇〇〇</u> 携帯: <u>〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇</u>	<u>職場の方がつながりやすいです。</u>
2	<u>前橋 夏子</u>	<u>母</u>	自宅: <u>〇〇〇-〇〇〇〇</u> 職場: <u>〇〇〇-〇〇〇〇</u> 携帯: <u>〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇</u>	
3	<u>棟名 春子</u>	<u>祖母</u>	自宅: <u>〇〇〇-〇〇〇〇</u> 職場: 携帯: <u>〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇</u>	<u>母方の実家です</u>

8. 症状が現れた場合、受診する医療機関を記入してください。(* 主治医の了承を得るようにお願いします)

医療機関名: 〇〇〇病院

主治医氏名: 〇〇 〇〇

住所: 前橋市朝日町 2 丁目 3 4 5 6

電話番号: 〇〇〇-〇〇〇〇