

つくばトッポンチーノ保育園

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

1 食物アレルギーに関する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 園児氏名		性 別	男・女
生年月日	平成 年 月 日 ( 歳 ヶ月)	ク ラ ス	( 歳児クラス)
住 所	〒 _____ Tel ( ) - _____		
緊急連絡先 氏名・続柄・Tel	①	氏名 (続柄： )	携帯
	②	氏名 (続柄： )	携帯
	③	氏名 (続柄： )	携帯

●添付書類（必須）

アレルギー疾患生活管理指導表（食物アレルギー用）

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

●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<sup>®</sup>)

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可能性があること

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、対応内容について園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園に提出し、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、園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」をもとに、内服薬の投与またはエピペン<sup>®</sup>の注射(園に内服薬やエピペン<sup>®</sup>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、園の全職員に情報が共有されること

緊急時には、消防署と情報共有すること

### 4 その他特記事項

( )