

# 食物アレルギー対応食等申請書

提出日 年 月 日

園名	担任保育士名		
ふりがな 児童氏名	生年月日	年 月 日 歳	
	クラス	組	
保護者氏名	電話番号		
住所			
主治医	医療機関名 ( ) 主治医 ( ) 電話番号 ( )		
食物アレルギー 受診歴	最近の受診	年	月
	初診	年	月 ( 歳のとき)
原因食品 (アレルゲン)	食品名		
アナフィラキシー ※について	食物によるアナフィラキシー※を起こしたことが ( ある 年 月 日 ・ ない ) ↑「ある」の場合、何を食べて、どんな症状で、どのような対応をしましたか？(具体的に)		
服薬	( 年 月 日) から服用		
	薬名		
	飲み方		
エピペン®の処方 ( ある ・ ない )			
緊急時の 連絡先	名前	続柄	連絡先(携帯電話番号等)
備考			

※「アナフィラキシー」とは皮膚症状、腹痛や嘔吐などの消化器症状、ゼーゼー、息苦しさなどの呼吸器症状が複数同時にかつ急激に出現した状態のことです。中でも血圧低下、意識低下、脱力などの危険な状態を「アナフィラキシーショック」といいます。

上記内容について申請します。

保護者氏名

# 食物アレルギー対応食指示書( 初回 )

園名: \_\_\_\_\_ 組 名前 \_\_\_\_\_

**上記の者には、食物アレルギーのため、下記の食物除去対応が必要です。**  
 ※下記の食品の除去指示をお願い致します。

	該当する 項目に○	除去が必要な食品にチェック✓	備 考
卵		<input type="checkbox"/> 卵を含むもの全て <input type="checkbox"/> 生卵のみ <input type="checkbox"/> その他( )	
牛乳・ 乳製品		<input type="checkbox"/> 乳を含むもの全て <input type="checkbox"/> 飲用乳等(牛乳) <input type="checkbox"/> その他( 乳糖 )	
小麦		<input type="checkbox"/> 小麦を含むもの全て <input type="checkbox"/> 調味料(醤油・味噌・醸造酢・コンソメ等) <input type="checkbox"/> 麦茶(大麦・ライ麦含む) <input type="checkbox"/> その他( )	
大豆		<input type="checkbox"/> 大豆を含むもの全て <input type="checkbox"/> 調味料(味噌、醤油等) <input type="checkbox"/> 大豆油 <input type="checkbox"/> その他( )	
甲殻類 貝類 魚類		<input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> かに <input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> あさり <input type="checkbox"/> ほたて <input type="checkbox"/> だし・エキス <input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> サケ <input type="checkbox"/> サバ <input type="checkbox"/> マグロ <input type="checkbox"/> カツオ <input type="checkbox"/> だし・エキス(いわし・かつお・さば) <input type="checkbox"/> その他( )	
果物類		<input type="checkbox"/> バナナ <input type="checkbox"/> もも <input type="checkbox"/> りんご <input type="checkbox"/> オレンジ	
その他		<input type="checkbox"/> ソバ <input type="checkbox"/> 落花生 <input type="checkbox"/> くるみ <input type="checkbox"/> カシューナッツ <input type="checkbox"/> ゴマ <input type="checkbox"/> ゴマ油 <input type="checkbox"/> やまいも <input type="checkbox"/> ゼラチン <input type="checkbox"/> 鶏肉 <input type="checkbox"/> 牛肉 <input type="checkbox"/> 豚肉	

年            月            日

医療機関名  
 ・医師名