

# 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	<b>鶏卵 (うずら等を含む)</b>	1		5	魚、肉、豆腐
2 牛乳・乳製品	<b>牛乳・乳製品</b>	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	<b>ピーナッツ</b>	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)

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
<u>鶏卵</u>	<u>全卵を食べたら全身が赤くなった。</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>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>

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)最終の発病年月日( 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>榎名 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3456 電話番号：〇〇〇-〇〇〇〇