

食物アレルギー対応食申請書(保護者記入)

(園児名) _____ は、下記のように食物アレルギーの診断を受けましたので、食物アレルギー対応食について申請します。

家庭で気をつけていること(症状、対応など)

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

保護者名 _____ ㊟

食物アレルギーに関する主治医意見書(医療機関記入用)

児童名 _____ (男・女) 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日生

診断名 _____

1 除去が必要な食品は以下の通りです。(該当する食物に○)

食品名 ①卵 ②牛乳 ③小麦 ④えび ⑤カニ ⑥そば ⑦落花生
⑧その他()

2 摂取した場合に出現する可能性のある症状は以下の通りです。該当する症状にチェックを入れて下さい。

即時反応型: ショック 咳き込み 呼吸困難 嘔吐・腹痛 下痢
 顔面紅潮・じん麻疹 口腔粘膜症状 掻痒感
 その他()

非即時反応型: 湿疹の悪化 掻痒感 下痢 その他()

3 診断方法は以下の通りです。

病歴ならび臨床症状 血液検査 皮膚テスト 食物負荷試験

4 摂取後に症状が出現した場合の対処法および緊急の対応は以下の通りです。

① 内服薬()
② 吸入薬()
③ エピペン(0.15 mg・0.3mg)
④ その他()

5 その他

本診断書(意見書)の内容については(6、12)ヶ月後に再評価が必要です。

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

医療機関名

電話番号

医師名 _____ ㊟

記入上の注意事項

※アレルギー対応を希望する方のみ提出をお願いします。

※申請の際にはご一読くださいますようお願いいたします。

- ・アレルギー対応を希望される方は、書類をご記入いただき入園申込書と一緒に提出をお願いいたします。
- ・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ります。
- ・申請の内容をもとに面談を行い、アレルギー対応食の必要性を十分に審査したうえで、対応食を提供します。
- ・私立保育園では、園によってアレルギー対応が異なりますのでご了承ください。
- ・書類に記載された情報に関しましては、アレルギー対応以外には使用いたしません。
- ・申請書は両面印刷となっておりますので、裏面の記入もお願いいたします。

アレルギー対応食実施までの流れ

10月	【アレルギー対応食に関する書類配布】 該当する方は、次年度の入園に関する申込みの書類と同時に、本用紙の提出が必要となります。(以下の3点の記入を確認してください) <input type="checkbox"/> 食物アレルギー対応食申請書(保護者記入) <input type="checkbox"/> 食物アレルギーに関する主治医意見書(医療機関記入) <input type="checkbox"/> アレルギー疾患に関する調査表(保護者記入用・裏面)
-----	---



11月	【アレルギー食に関する書類提出期限 11月22日】 アレルギー食対応を希望する方は、以下の書類を入園申込書と一緒に提出してください。 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー対応食申請書(保護者記入) <input type="checkbox"/> 食物アレルギーに関する主治医意見書(医療機関記入) <input type="checkbox"/> アレルギー疾患に関する調査表(保護者記入用) ※なお、主治医意見書については、食物アレルギーに関する診断書に代わる書類となります。 必ず医療機関で記載 してもらい、医師の押印のあるものを提出してください。
-----	--



2月	入園承諾書を送付
----	----------



2月下旬 ~3月上旬	新規でアレルギー対応食申請書を提出いただいた方は、栄養士によりアレルギー対応食について面談を行わせていただきますのでご協力をお願いいたします。
---------------	---



4月	【アレルギー対応食の提供開始】入園 ・アレルギー対応食の提供を開始します。 ・以後、必要に応じて、保護者・幼保園関係者・栄養士・調理師等により献立内容の検討を各施設にて行います。
----	---

※主治医意見書については、食物アレルギーに関する診断書に代わる書類となります。
必ず医療機関で記載してもらい、医師の押印のあるものを提出してください。

裏面もあります→

アレルギー疾患に関する調査票(保護者記入用)

問1. 食物アレルギーの原因食物について

① 食物アレルギーのため、現在除去中の食べ物はありますか。

いいえ はい (食物名: _____)

② 上記質問①の除去食はどなたが判断しましたか。

医師 保護者 その他(_____)

③ 食物アレルギーの検査を受けたことはありますか。また最後に検査を受けたのはいつですか。

いいえ はい→結果 (陽性の食物名: _____)
(最後に検査を受けたのは平成 _____ 年 _____ 月頃)

④ 原因食物を摂取後、どのような症状が起こりますか。

原因食物	原因食物の詳細(除去の程度)	症状
例) <input checked="" type="checkbox"/> 卵	二次加工品摂取可能。卵そのものは不可	全身にじんましんが出る
<input type="checkbox"/> 卵		
<input type="checkbox"/> 乳		
<input type="checkbox"/> 小麦		
<input type="checkbox"/> えび		
<input type="checkbox"/> かに		
<input type="checkbox"/> そば		
<input type="checkbox"/> 落花生		
<input type="checkbox"/> その他		

※該当する原因食物のにチェックし、詳細を記入。その他の場合はその他に記載してください。

⑤ 現在アレルギー疾患の治療のために使用している薬はありますか。

はい いいえ

※「はい」とお答えになった場合はどんな薬ですか。

内服薬:(_____)

吸入薬:(_____)

外用薬:(_____)

その他:(_____)

⑥ 運動で症状を起こしたことはありますか。

はい いいえ

※「はい」とお答えになった場合は食事との関連はありますか。

食事との関連あり 食事との関連なし

※食事との関連がある場合の対応 (_____)

記入年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
ふりがな			性別
園児名			男 ・ 女
生年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 歳 _____ ヶ月)	現在の体重	_____ kg

※アレルギー対応を希望する方のみ提出をお願いします。

※子育て支援課使用欄

園名 _____

幼保園・保育園・こども園

問2. 食物でアナフィラキシー※を起こした経験がありますか。

いいえ はい(_____ 年 _____ 月頃)

(症状: _____)

※「食物アナフィラキシーショック」とは

特定の食べ物を食べることが原因で、皮膚症状、消化器症状、呼吸器症状などのアレルギー症状が複数同時に出現し、血圧が下がり、意識の低下や脱力など重篤な症状に至ることです。

「はい」とお答えになった場合、緊急時にはどのような対応を希望しますか。

問3. 過去の食物アレルギー罹患歴

① 過去に除去食を行っていたが現在は食べられるようになった食物はありますか。

いいえ はい (食物名 _____)

② の当時の原因食物を摂取後、どのような症状が起こっていましたか。

③ 過去の除去解除はどなたが判断しましたか。

医師 保護者 その他(_____)

問4. 薬剤使用時の留意事項等

使用薬剤	管理方法 本人保管 ・ 保育所管理 (理由 _____)
保管場所	保管期間(更新時期)
使用条件	
使用上の留意点	

※表面の記入もお願いいたします。