

※給食での食物アレルギー対応を希望する方のみ提出をお願いします

食物アレルギー対応食申請書

(保護者記入)

令和 年 月 日

坂井市保育課長 様

保護者氏名

保育園等給食におけるアレルギー対応食の提供実施について、下記のとおり申請します。

記

ふりがな 園児名			生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)	
園名			現在の体重	kg	
住所			電話		
緊急連絡先	①	続柄:	携帯電話		
	②	続柄:	携帯電話		
医療機関名			主治医		
食物アレルギーの内容	裏面: 保育園等におけるアレルギー疾患生活管理指導表のとおり				

【過去の食物アレルギー罹患歴】

① 過去に除去を行っていたが、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

食品名:

② 「はい」の場合、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

内容:

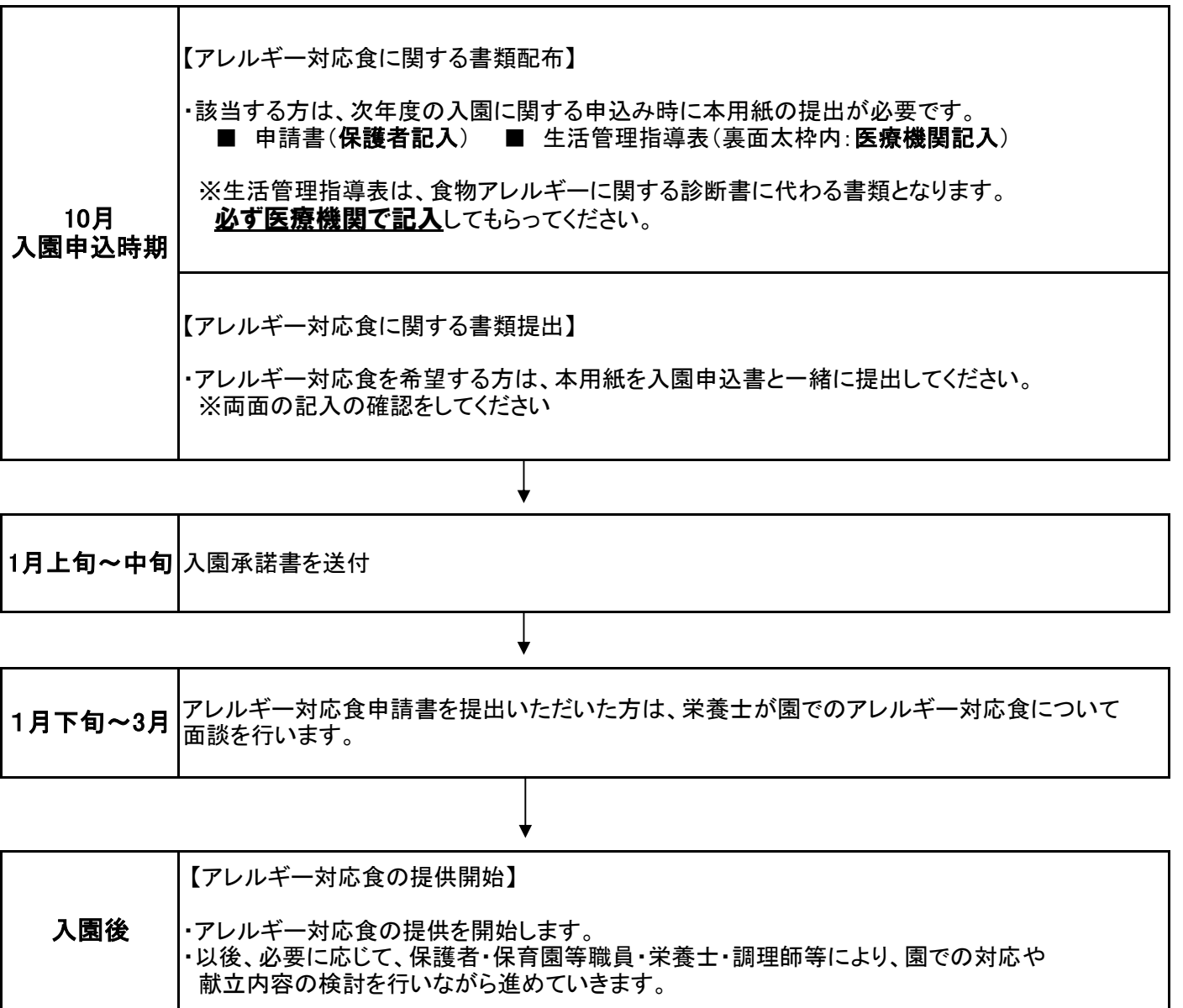
記入上の注意事項

※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

- ・食物アレルギー対応食を希望される方は、入園申込書と合わせて提出をお願いいたします。
- ・申請書の裏面は生活管理指導表となっていますので、必ず医療機関で記入してもらい、提出してください。(生活管理指導表の内容については1年ごとに再評価が必要です。)
- ・申請の内容をもとに面談を行い、食物アレルギー対応の必要性を十分に審査したうえで、対応食を提供します。
- ・集団給食において対応が難しい場合は、弁当持参などの家庭の協力を依頼する場合があります。
- ・書類に記載された情報に関しましては、給食での食物アレルギー対応以外には使用いたしません。

※ 公立園と各私立園では、園によって食物アレルギー対応が異なります
申請書を提出していただいても、給食で対応できない場合がありますのでご了承ください
ご不明な点は、事前に各園にお問い合わせください

◆食物アレルギー対応食実施までの流れ



裏面もあります→

保育園等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）

園児名 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 園名 _____ 提出日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

●保育園等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園等の職員及び消防機関・医療機関と共有することに同意しますか。（☑を入れる）

☐ 1. 同意する ☐ 2. 同意しない

医療機関記入（太枠内）		※この生活管理指導表は、保育園等の生活において特別な配慮や管理が必要となった場合に限り、医師が作成するものです					
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				保育園等での生活上の留意点	
		A. 食物アレルギー病型（該当する病型の□に✓し、「4. その他」については詳細を（ ）内に記入。）				A. 給食・離乳食（該当する番号の□に✓する。）	
		<input type="checkbox"/> 1. 即時型 <input type="checkbox"/> 2. 遅延型 <input type="checkbox"/> 3. 口腔アレルギー型				<input type="checkbox"/> 1. 管理不要	
		<input type="checkbox"/> 4. その他（ ）				<input type="checkbox"/> 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. アナフィラキシー病型（該当する病型の□に✓し、病型の詳細を記入。）				B. アレルギー用調整粉乳（該当する番号の□に✓する。）	
		病型		病型の詳細		<input type="checkbox"/> 1. 不要	
		<input type="checkbox"/> 1. 無し				<input type="checkbox"/> 2. 必要（下記該当ミルクに○、または（ ）内に記入）	
		<input type="checkbox"/> 2. 食物				ミルフィーHP ・ ニューMA-1 ・ MA-mi ・ ペプディエット ・	
		<input type="checkbox"/> 3. 食物依存性運動誘発				エレメンタルフォーミュラ ・ その他（ ）	
		<input type="checkbox"/> 4. 昆虫					
<input type="checkbox"/> 5. 医薬品							
<input type="checkbox"/> 6. その他							
C. 原因食物・診断根拠等 （該当する原因食物の□に✓し、詳細を記入。診断根拠、症状は右記より選択し番号で記入。）					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該当する原因食物の□に✓する。）		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。対応内容は保育園等が保護者と相談のうえ決定。）
原因食物		原因食物の詳細		根拠	症状	【診断根拠】	
<input type="checkbox"/> 1. 鶏卵						① 明らかな症状の既往	
<input type="checkbox"/> 2. 牛乳・乳製品						② 食物負荷試験陽性	
<input type="checkbox"/> 3. 小麦						③ IgE抗体等検査結果陽性	
<input type="checkbox"/> 4. ソバ						④ 未摂取	
<input type="checkbox"/> 5. ピーナッツ							
<input type="checkbox"/> 6. 大豆						【症状】	
<input type="checkbox"/> 7. ゴマ						① 発赤・蕁麻疹	
<input type="checkbox"/> 8. ナッツ類						② 湿疹	
<input type="checkbox"/> 9. 甲殻類						③ 鼻汁・咳・喘鳴	
<input type="checkbox"/> 10. 軟体類・貝類						④ 腹痛・嘔吐・下痢	
<input type="checkbox"/> 11. 魚卵						⑤ 口腔過敏症状	
<input type="checkbox"/> 12. 魚類						⑥ アナフィラキシー	
<input type="checkbox"/> 13. 肉類						⑦ ショック症状	
<input type="checkbox"/> 14. 果物類						⑧ その他	
<input type="checkbox"/> 15. その他							
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 （該当する番号の□に✓する。）		記載日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
					<input type="checkbox"/> 1. 管理不要		医療機関名
					<input type="checkbox"/> 2. 原因食材を教材とする活動の制限		電話番号
					<input type="checkbox"/> 3. 調理活動の制限（ ）		医師名
					<input type="checkbox"/> 4. その他（ ）		