

食物アレルギー対応給食申請書(新規・継続)

年 月 日

PICOTTO保育園

保護者氏名:

印

1. 食物アレルギーに関する保育園給食での対応について、下記のとおり申請します。

(フリガナ) お子様の氏名			生年月日	年 月 日
				(歳 ヶ月)
住所	〒 -		性別	男 ・ 女
			電話番号	- -
緊急連絡先		氏名	続柄	電話番号
	①			- -
	②			- -
	③			- -

2. これまでの食物アレルギーの経過及び受診医療機関

● 除去対象アレルギーと摂取時に経験した症状(該当箇所にチェックをしてください)

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"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、唇・顔の腫れ <input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他()
<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"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、唇・顔の腫れ <input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他()
<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"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、唇・顔の腫れ <input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他()
<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"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、唇・顔の腫れ <input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他()

裏面あり

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"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、唇・顔の腫れ <input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他()	年 月
<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"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、唇・顔の腫れ <input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他()	年 月

●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 ・ 年一回以上 ・ 必要時)
- 最後に受診したのは、(____ 年 ____ 月 ____ 日)
- 緊急時に備えた処方薬で、保育園で保管する薬が、 ____ ある ・ ____ ない)



- 内服薬 ()
- アドレナリン自己注射薬(エピペン®)
- 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。(確認の上、□にチェックをしてください)

- 栄養、献立面で不足が生じるおそれがあること
- 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、対応内容について保育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6ヶ月に一度は保育園に提出し、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、保育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、内服薬の投与またはエピペン®の注射(保育園に内服薬やエピペン®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、保育園及び厨房の職員に情報が共有されること
- 消防署と情報共有すること

4. その他特記事項