

記入日 年 月 日

<アレルギー・離乳食・その他>

アレルギー・離乳食チェック票

| | |
|----------------|---------------|
| 児童名 | 保護者連絡先 |
| ふりがな | 氏名 |
| 氏名 | |
| 生年月日 年 月 日 男・女 | TEL — — <続柄 > |

(1) 入所および給食の提供が可能か確認するため、アレルギーの状況を伺います。

1. 特定原材料7品目と特定原材料に準ずるもの21品目のうち、症状が出たため医師の診断を受け食べさせていない、またはまだ食べていない食品はありますか。
(ある ・ ない ・ 離乳食前であるため不明)

| | |
|----------|---|
| 特定原材料7品目 | 小麦・卵・乳・えび・かに・※そば・※落花生 |
| 準21品目 | いか・オレンジ・キウイフルーツ・ごま・さけ・さば・大豆・鶏肉・バナナ・豚肉 もも・やまいも・りんご・ゼラチン・牛肉・アーモンド ※あわび・※いくら・※カシューナッツ・※くるみ・※まつたけ |

※印の品目については保育所給食では提供しません。(食品製造時の微量混入はこの限りではありません)

2. 食物アレルギーの症状が初めて出た時の状況と対応についてご記入ください。

* いつごろ _____ 年 月頃 (_____ 才 _____ か月頃)

* どのような時 _____

* どのような症状 発疹 (顔・口周辺・目周辺・首・腹部・手足・背中) 嘔吐
 その他 (_____)

* その後どうしたか _____

* 医療機関の受診は (した ・ しない)
↳ (医療機関名 : _____)

3. アナフィラキシーショック (食物・ハチなど) を起こしたことがありますか。

(ない ある)
↳ 時期 _____ 年 月頃 (_____ 才 _____ か月頃)
症状 (_____)

4. 3で「ある」場合、緊急時に備えた処方薬はありますか。

抗ヒスタミン薬・ステロイド薬 (内服薬) アドレナリン自己注射薬 (エピペン)
 その他 (_____)

5. 集団生活をおくるうえで配慮が必要な事柄があれば、ご記入ください。

[_____]

※食物アレルギーが「ある」場合、後日医師からの生活管理指導表の記入と栄養士との面談が必要となります。医療機関を受診する際は、保育所指定の用紙をお持ちください。

<裏面へ>

