

【アレルギーに関する調査票】

【保護者・保育所記入用】

この調査票は、児童の状況を知り個別対応内容について保護者と保育所が共通確認し、アレルギー対応を行うために保育所を終了するまで使用します。（年に1回更新及び変更のあった際に更新）

お子さんのアレルギーについて次の項目に記入もしくは をつけてください。

記入日 年 月 日	クラス	氏名	男 ・ 女	年齢 歳 ヶ月	生年月日 年 月 日		
A:現在治療中のアレルギー疾患はなにですか？ ・ 食物アレルギー ・ アトピー性皮膚炎 ・ 気管支喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ アレルギー性結膜炎 ・ じんましん ・ 薬物アレルギー ・ 花粉アレルギー ・ 動物アレルギー ・ その他 ()				この欄については、生活管理指導表提出後に保育所と保護者で共通確認し記載します			
B:現在、ご家庭で除去している食べ物がありますか？ はい いいえ 除去している(していた)食品の内容に をし、記入してください。				保育所記入欄 緊急時薬処方 (あり ・ なし) エピベン処方 (あり ・ なし)			
除去食物	家庭での状況			保育所では完全除去対応です			
	現在除去	除去していた	アナフィラキシー	除去の内容及び除去の開始時期	保育所での除去	生活上の留意点	解除日
1 鶏卵							
2 牛乳・乳製品							
3 小麦							
4 ソバ							
5 ピーナッツ							
6 大豆							
7 ゴマ							
8 ナッツ類				(すべて・クルミ・アーモンド・)			
9 甲殻類				(すべて・エビ・カニ・)			
10 軟体類・貝類				(すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ・)			
11 魚卵				(すべて・イクラ・タラコ・)			
12 魚類				(すべて・サバ・サケ・)			
13 肉類				(鶏肉・牛肉・豚肉・)			
14 果物類				(キウイ・バナナ・)			
15 その他							
C:除去している食品を食べたり(触れてたり)などで、アレルギー症状が出たことがありますか？ はい いいえ D:運動後にアレルギー症状が出たことがありますか？ はい いいえ E:ごく微量でもアレルギー症状をおこす可能性はありますか？ はい いいえ (製造ライン上のコンタミネーション・注意喚起表示など)							
F:アレルギー症状が出たことがあれば記入してください。							
いつ	食べたもの (触ったもの)	食べた量 (触れた量)	症状の 現れた時間	具体的な症状	備考		

【 食物アレルギー対応一覧表 】

記入日 年 月 日 () () () 1

入所児童状況	アナフィラキシー	エヒベン・緊急時薬	原因食物	鶏卵	乳牛乳製品	小麦	ソバ	ナッツ	大豆	ゴマ	ナッツ類	甲殻類	軟体類	魚卵	魚類	肉類	果物類	その他			
				カルシウム	乳糖	醤油 麦茶			大豆油 味噌油	ゴマ油								いか りこ おだし	エキス		
	有 ()	有・有	除去食品でさらに摂取不可能なもの 「類」																		
	有 ()	有・有	年齢 クラス 名前																		
	有 ()	有・有																			
	有 ()	有・有																			
	有 ()	有・有																			
	有 ()	有・有																			
	有 ()	有・有																			

コンタミネーションの指示により弁当持参の児童は年齢に年齢に名前を記入し弁当持参であることが明確になるようにする。

施設長確認サイン 月 日 ()

食物アレルギー対応経過等記録用紙

No.1

児童の氏名				生年月日	年	月	日
保護者連絡先	氏名(続柄)			電話番号	—	—	
	氏名(続柄)			電話番号	—	—	
	氏名(続柄)			電話番号	—	—	
主治医	病院名			医師名			電話番号 — —
緊急連絡医療機関	病院名			診察券NO.			電話番号 — —
嘱託医	病院名			医師名			電話番号 — —

児童の状況	緊急時薬 エピペン	アナフィラキシー	除去食物	保護者との共通確認事項

年月日	対応者	保護者	対応内容	施設長印
初回面談日			<input type="checkbox"/> 保護者への説明(了解を得た ・ 了解が必要 ・ その他)	
面談日			<input type="checkbox"/> 保護者への説明(了解を得た ・ 了解が必要 ・ その他)	

年月日	対応者	関係機関	対応内容	施設長印

※児童の状況の変化、保護者との対応、医師の指示内容や薬の変更、状態の変化、救急搬送などがあつた時に記入する。

No.

日付	対応者	関係機関	対応内容	施設長印

児童の状況の変化、保護者との対応、医師の指示内容や薬の変更、状態の変化、救急搬送などがあった時に記入する。

食物アレルギー緊急時薬のお預かりについて

食物アレルギーによる症状が出現した時など、主治医の指示によりお子さんに緊急時薬を与える必要がある場合は、保育所でお預かりをします。緊急を要する場合に症状の変化などの判断ではなく、与薬のタイミングを主治医に必ずご確認いただき、連絡票に詳しく記入していただきますようお願いいたします。

与薬する場合は、保護者の方に電話で状況報告を行い、確認をしたうえで保育所職員が対応を行います。その場合は速やかなお迎えと共に、医師の診察が必要となります。これらのことにご理解を頂きますようお願いいたします。

【お預かりにおける必要書類】

食物アレルギーに関する生活管理指導表（1年に1回更新）

食物アレルギー緊急時薬 連絡票（1年に1回更新）【保護者記入】

- ・使用の目安（いつ・どのような時に使用するか）について主治医から具体的に指導を受け、保護者が連絡票に記入をしてください。
- ・連絡票の内容が不明の場合は再度ご確認させていただきます。
- ・必ず連絡が取れる連絡先を2ヶ所以上記載してください。

アナフィラキシーショックの補助治療薬エピペンを処方された場合は、主治医との連携（お預かりに関する確認事項）等がありますので、ご協力をお願いいたします。（別途様式があります。）

お預かり期間中に指示内容の変更がある場合、保育所にお知らせください。使用期限に注意してください。

お子さんの安全と健康を守るために、ご理解をよろしく願います。

【保護者記入用】

食物アレルギー緊急時薬 連絡票	
記入年月日： 年 月 日	
児童のクラス（ ）くみ 氏名（ ）	
薬剤名・量	
保管方法 常温 ・ 冷蔵庫 ・ その他（ ）	
使用するタイミンク 誤食時に使用 症状出現時に使用	（ 皮膚の赤み・かゆみ・湿疹・じんましん その他： ）
出現しやすい場所・範囲や程度（例：口の周りから赤くなり、顔全体に広がる。）	
使用に際しての注意事項	
保護者の緊急連絡先	
例 大阪 市子 自宅・携帯 職場 大阪（06）xxxxxx	
	自宅・携帯・職場 宅（ ） -
食物アレルギーのかかりつけ医療機関	
医療機関名 科 医師	
宅（ ） -	
保護者氏名	印
次更新予定日： 年 月 日 更新実施日： 年 月 日	
受取日： 年 月 日	受取者氏名

「除去食物解除申請書」について

除去していた食物を医師の指示により解除する場合は、保護者の方からの申し入れが基本となります。

保育所で安全に楽しく食事ができるよう、家庭で除去食品を複数回食べて症状が出ないことを確認したうえで「除去食物解除申請書」を記入し、保育所に提出のうえ完全解除の依頼をしてください。

注意

「除去食物解除申請書」は原因食物が同時に複数解除された場合は解除されるすべての原因食物を、まとめて記入していただいてもかまいません。

除去食物解除申請書

_____年 _____月 _____日

クラス：(_____)くみ

児童の氏名：(_____)

本児は、生活管理指導表より該当していた

原因食物（食物名： _____）を

除去根拠に基づいて除去していましたが、

医師（医療機関名： _____）の指示のもと、

これまでに家庭において、複数回食べて症状が誘発されていないので、保育所における完全解除をお願いします。

保護者氏名： _____ 印

