食物アレルギーに関する確認票

**児童名　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　年　　月　　日（　　歳）R8.４.１時点**

■　以下の質問について、該当する項目の記入をお願いします。

１．アレルギーの原因食品

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２．アナフィラキシーショックの有無

　　無　・　有　（直近の既往歴　　　　年　　月　　日）

３.　エピペンの所持

　　無　・　有

4.　その他、症状発生時の処方薬

　　無　・　有　　お薬名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５.　普段の食事について

　□　除去は行っていない

　□　除去を行っている　⇒　質問６へ

６.　除去を行うレベルを教えてください。

　□　食器や調理器具は他の家族と同じものを使用している

　□　調理場所や鍋を変えて対応するレベル

　□　食べる場所を変えないといけないレベル

□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

７.　園の給食で気をつけてほしいことはありますか？あれば記入してください。

８.　食物、食材にふれる保育園活動は可能ですか？（小麦粘土・豆まき・牛乳パックの工作等）

　　はい

　　いいえ　⇒　できないこと（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

９．入所決定園で、ご要望の給食の対応ができない場合、お弁当（おやつ含む）持参で対応して頂く場合が

ありますが、よろしいですか？

　　はい　・　いいえ

１０．その他、追記事項があれば記載してください。