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）R６.４.１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。

この確認票の内容は入所選定の点数等に影響するものではありません。お子様を保育園で安全に受け入れるための確認です。