

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) R7.4.1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。