# 【様式１-1】

食物アレルギー対応給食申請書（新規・継続）

 　提出日 令和 　年 　月　　 日 はな保育室とくしげ駅前　施設長 様

保護者氏名

1. 食物アレルギーに関する保育所給食での対応について、下記の必要書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな 児童氏名  |    | 性 別  | 男 ・ 女  |
| 生年月日  | 令和 年 月 日（ 歳 ヶ月）  |  |   |
| 住 所  | 〒 ℡ ( ) −  |
| 緊急連絡先氏名・続柄・℡  | ①  | 氏名  （続柄： ）  | ℡ 　携帯  |
| ②  | 氏名  （続柄： ）  | ℡ 　携帯  |
| ③  | 氏名  （続柄： ）  | ℡ 　携帯  |

●添付書類（必須）

□保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表（食物アレルギー用）

1. これまでの食物アレルギーの経過及び受診医療機関

 ●アレルゲンと摂取時に経験した症状

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| アレルゲン  | 摂取時に経験した症状  | 発症確認時期  |
| □鶏卵 □牛乳・乳製品 □小麦 □その他 (　　　　　　)  | □ 未摂取またはIgE抗体陽性による除去のため、症状の経験なし □ 発赤、じんま疹 □ くしゃみ、鼻水、唇・顔の腫れ □ 湿疹 　　 □ 咳、喘鳴など呼吸器症状 □ 腹痛、嘔吐など消化器症状 □ ショック症状 □ アナフィラキシー □ その他（ ）  | 令和　 年 月頃  |
| □鶏卵 □牛乳・乳製品 □小麦 □その他 (　　　　　　)  | □ 未摂取またはIgE抗体陽性による除去のため、症状の経験なし □ 発赤、じんま疹 □ くしゃみ、鼻水、唇・顔の腫れ □ 湿疹 　　　□ 咳、喘鳴など呼吸器症状 □ 腹痛、嘔吐など消化器症状 □ ショック症状 □ アナフィラキシー □ その他（ ）  | 令和　 年 月頃 |
| □鶏卵 □牛乳・乳製品 □小麦 □その他 (　　　　　　)  | □ 未摂取またはIgE抗体陽性による除去のため、症状の経験なし □ 発赤、じんま疹 □ くしゃみ、鼻水、唇・顔の腫れ □ 湿疹 　　　□ 咳、喘鳴など呼吸器症状 □ 腹痛、嘔吐など消化器症状 □ ショック症状 □ アナフィラキシー □ その他（ ）  | 令和　 年 月頃 |
| □鶏卵 □牛乳・乳製品 □小麦 □その他 (　　　　　　) | □ 未摂取またはIgE抗体陽性による除去のため、症状の経験なし □ 発赤、じんま疹 □くしゃみ、鼻水、唇・顔の腫れ □ 湿疹 　　　　　　□ 咳、喘鳴など呼吸器症状 □ 腹痛、嘔吐など消化器症状 □ ショック症状 □ アナフィラキシー □ その他（ ）  |  令和　 年 月頃 |

裏面あり

# 【様式１-1】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| アレルゲン  | 摂取時に経験した症状  | 発症確認時期  |
| □鶏卵 □牛乳・乳製品 □小麦 □その他 (　　　　　　) | □ 未摂取またはIgE抗体陽性による除去のため、症状の経験なし □ 発赤、じんま疹 □ くしゃみ、鼻水、唇・顔の腫れ □ 湿疹 　　　□ 咳、喘鳴など呼吸器症状 □ 腹痛、嘔吐など消化器症状 □ ショック症状 □ アナフィラキシー □ その他（ ） | 令和　 年 月頃 |
| □鶏卵 □牛乳・乳製品 □小麦 □その他 (　　　　　　) | □ 未摂取またはIgE抗体陽性による除去のため、症状の経験なし □ 発赤、じんま疹 □ くしゃみ、鼻水、唇・顔の腫れ □ 湿疹 　　　□ 咳、喘鳴など呼吸器症状 □ 腹痛、嘔吐など消化器症状 □ ショック症状 □ アナフィラキシー □ その他（ ） | 令和　 年 月頃 |

●食物アレルギーのために受診している医療機関

医療機関名 　　　　　　　　　　 医師名

□上記医療機関への受診は、（ およそ ヶ月ごと ・ 年1回以上 ・ 必要時 ）

□最後に受診したのは、（ 令和 年 月 日 ）

□緊急時に備えた処方薬が、（ ある ・ ない ）

 　　　　　　　□内服薬 （ ）

□アドレナリン自己注射薬（エピペンⓇ）

□その他 （ ）

3 食物アレルギー対応給食を実施するにあたっての確認事項

●下記のことを理解して同意します。（該当する箇所をチェックしてください。）

□栄養、献立面で不足が生じるおそれがあること

□献立の原材料が変更される場合があること

□集団給食において対応が難しい場合は、弁当持参などの協力を依頼する場合があること

□微量混入（コンタミネーション）の可能性が完全には排除できないこと

□定期的及び必要に応じて、対応内容について施設と協議する必要があること

□定期的に医師の診断を受け、申請書と添付書類を年に一度は施設に提出し、面談によって具体的な対応について確認すること

□必要に応じて、施設から上記医療機関に診療情報を照会する場合があること

□緊急時には、「緊急時アレルギー症状チェック表」（資料４）に基づいて、内服薬の投与またはエピペンⓇの注射（施設に内服薬やエピペンⓇを預ける場合）や、指定された病院への搬送を行う場合があること

□この申請書及び給食対応の内容は、施設の全職員に情報が共有されること

□消防署と情報共有すること

4 その他特記事項