

# アレルギーについて

提出日 令和 年 月 日

健康ドーム子育て支援センター（ドーム一時預かり） 殿

保護者（署名） \_\_\_\_\_

1 食物アレルギーに関するアレルギー状況については、下記のとおりです。

ふりがな			性別	男・女
児童氏名				
生年月日	平成・令和 年 月 日（※ 歳 か月）		※ 提出日現在	
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし			
	<input type="checkbox"/> あり <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 除去なしで食べることができる → 給食を食べます</li><li><input type="checkbox"/> 除去・代替食が必要（自宅から弁当・おやつ持参）</li></ul> <small>（下記に記入をしてください）</small>			
アレルギー	鶏卵・乳製品・小麦粉・その他（ ）			
摂取時に経験した症状	<input type="checkbox"/> 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			
	<input type="checkbox"/> 発赤、蕁麻疹 <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、唇・顔の腫れ			
発症確認時期	<input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状			
	<input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐等消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状			
食物アレルギーのために受診している医療機関	<input type="checkbox"/> アナフィラキシー <input type="checkbox"/> その他			
	平成・令和 年 月頃		最終発症確認時期 平成・令和 年 月頃	
医療機関連絡先	(医療機関名)		(医師名)	
緊急時に備えた処方薬の有無	住所		TEL	
上記医療機関への最終受診	平成・令和 年 月頃			

2 食物アレルギー児を預けるに当たっての確認事項

- 下記のことを理解して同意します。
  - ・ 定期的及び必要に応じて、対応内容について一時預かり事業所と協議する必要があること。
  - ・ 医師の診断を受けた内容を元に、一時預かりを利用する年のはじめに一度この申請書を提出し、面談によって具体的な対応について確認すること。
  - ・ アレルギー状況に変更がある場合、医療機関に受診の上、早急に一時預かり事業所に申し出ること。
  - ・ 必要に応じて、一時預かり事業所から受診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、指定された病院または指定以外の病院への搬送をおこなう場合があること。
  - ・ この申請書及び給食対応内容は、一時預かり事業所の全職員に情報が共有されること。
  - ・ 明記した連絡先に、必ず連絡が取れるようにしておくこと。

3 その他特記事項

{ } \_\_\_\_\_