

保護者各位

こども保育課長

アレルギー対応食をはじめるにあたって

食物アレルギーとは、食べ物が免疫学的機序を介して蕁麻疹^{じんましん}や下痢、腹痛、呼吸困難などの症状を引き起こす疾患です。

アレルギー対応食は「過敏食物を摂取することで引き起こされる体の異常を予防し、健全な日常生活を送る」ための食事です。特に乳幼児は、発育、発達の途上にあるので、無意味な除去を防ぐために、医師の指示を受けて実施することが必須となります。

施設におけるアレルギー対応食実施は、家庭と施設とで一貫したケアをすることが必要となりますので、医師から除去の必要な食品が明記された「生活管理指導表」を御提出ください。

また、緊急時に備えた薬(エピペンを含む)をお預かりする場合は「与薬指示書」が必要となりますので、併せて御提出をお願いいたします。

各施設で出来る範囲内での除去食を基本として実施しています。入所・入園時、及び必要に応じて施設職員と細かく打ち合わせをし、給食への配慮を行います。施設で実施出来かねる場合は、保護者の方に協力をさせていただく事もありますので、御理解くださるようお願い致します。

食物アレルギーは個人ごとに原因となる食物や治っていく経過が異なるので継続的な診断を必要とします。専門医を受診し、その結果をお知らせください。

また、次年度に引き続きアレルギー対応食を行う場合及び年度途中で複数のアレルギー原因食品のうち一部を解除する場合も、受診の上、再度生活管理指導表と与薬指示書を施設に御提出ください。その内容に基づき面談させていただきます。

保育所・こども園におけるアレルギー対応について

アレルギー疾患により保育生活上、特別な注意が必要な場合は、次の内容に関して、保護者の皆様の御理解と御協力をいただきますようお願いいたします。

1 生活管理指導表と必要な書類の提出と面談について

- (1) 給食での食物除去やアナフィラキシー対応など特別な配慮が必要となる場合は、医師の診断と指導に基づく「生活管理指導表」と「与薬指示書」等の提出をお願いします。
- (2) アレルギー疾患による特別な保育上の配慮・給食を継続している期間は、最低1年に1回、「生活管理指導表」及び「与薬指示書」等の提出をお願いします。
- (3) アレルギーの対応について変更(アレルギー原因食品が追加または、一部解除になった等)がある場合、その都度「生活管理指導表」と必要な書類の提出をお願いします。
- (4) 「生活管理指導表」「与薬指示書」等の提出があった場合、内容と対応の確認のため、施設職員との面談をお願いします。

2 給食対応について

- (1) 一般の給食材料の範囲内の「除去食」対応になります。
- (2) 「代替食」に関しては、給食調理で対応可能な場合のみ提供します。
対応不可能な場合は、弁当をご持参いただくこともあります。
- (3) 給食での除去は、基本的には「除去」か「解除」のどちらかで対応します。ただし、調味料や注意喚起表示の加工食品の除去につきましては、「生活管理指導表」により給食対応が困難となる場合もあります。
- (4) 微量なアレルゲンで発症するアナフィラキシー症状のある場合、給食対応が困難なため弁当のご持参をお願いします。
- (5) 食物除去の解除は、医師の診断に基づき、「アレルギー対応食の解除について」を保護者記入の上お申し出ください。
- (6) 毎月の献立表の除去内容を確認の上、期日までに保育所・こども園に提出してください。
- (7) アレルギー対応の実施内容は、提出された「生活管理指導表」の内容をもとに、施設職員と面談し決定します。

3 弁当を持参される場合は、次の点に注意してください

- (1) 弁当の食材は新鮮なものを使い、当日によく火を通し冷ましてから容器に入れてください。

4 緊急時等に備えた処方薬をお預かりする場合について

- (1) 薬をお預かりする場合には「生活管理指導表」とは別に「与薬指示書」が必要になります。お預かりする薬はアレルギー疾患を診察している主治医が処方した薬に限ります。
- (2) 「与薬指示書」の内容に関しては、看護師と面談して確認させていただきます。

5 その他

- (1) 保育所・こども園における日常的な取り組みおよび緊急時の対応に活用するため、「生活管理指導表」及び「食物アレルギーに関する調査表」等については当該施設及びこども保育課、習志野市消防本部と情報を共有することをご了承ください。
- (2) 文書作成にかかる必要な経費については、保護者負担でお願いします。

食物アレルギーに関する調査表

児童名 _____ 生年月日：平成・令和 年 月 日

保護者名 _____ 記入日：令和 年 月 日

アレルギーの種類 もしくは診断名			
かかりつけ医	病院名 ☎	医師名 (※休診日)	
緊急時の受け入れ	体調の急変や万が一誤食した場合、アナフィラキシー症状が疑われる場合等 病院名 ☎		
緊急連絡先 ※連絡が取りやすい連絡先を順に記入してください			
優先順位1 (続柄	氏名	☎	到着目安時間)
優先順位2 (続柄	氏名	☎	到着目安時間)
優先順位3 (続柄	氏名	☎	到着目安時間)
優先順位4 (続柄	氏名	☎	到着目安時間)
優先順位5 (続柄	氏名	☎	到着目安時間)
アレルギーの状況、治療及び発症時の対応			
○定期的に受診をしていますか はい・いいえ 週()回・月()回・年()回・不定期			
○現在除去している、または以前除去していたことがあるアレルギーの原因食品は何ですか			
食品名()	除去開始()年()月	～解除()年()月	
食品名()	除去開始()年()月	～解除()年()月	
食品名()	除去開始()年()月	～解除()年()月	
食品名()	除去開始()年()月	～解除()年()月	
○薬を使っていますか はい・いいえ			
薬品名()	使用時(朝・昼・夕・寝る前・発症時・その他)	
薬品名()	使用時(朝・昼・夕・寝る前・発症時・その他)	
薬品名()	使用時(朝・昼・夕・寝る前・発症時・その他)	
薬品名()	使用時(朝・昼・夕・寝る前・発症時・その他)	
○症状が出た時や誤食をした時など、緊急時の対応について 主な症状・部位と時間的な経過について具体的に記入してください。			
()			
直ちに救急搬送・直ちにかかりつけ医受診・薬剤を使用し経過観察・状況によって受診 ()			

<p>初発の 症状に ついて</p>	<p>○いつごろ、症状が出ましたか ()年()月 ()歳()か月頃</p> <p>○どのような症状が出ましたか ※複数ある場合、全てに○をしてください 発疹・じんましん・かゆみ・腹痛・下痢・嘔吐・咳・喘鳴・アナフィラキシー症状 アナフィラキシーショック・その他() 症状出現部位・程度()</p> <p>○発症の原因となった食品は何ですか 食品名()・不明</p> <p>○病院を受診しましたか しない・した 病院名()</p> <p>○検査はしましたか しない・した ()</p> <p>○病院では何といわれましたか ()</p>	
<p>経過に ついて</p>	<p>○今まで何回位、症状が出ましたか 現在に近い発症から記入してください</p> <ul style="list-style-type: none"> • ()年()月 ()歳()か月 原因となる食品() 症状と経過() • ()年()月 ()歳()か月 原因となる食品() 症状と経過() • ()年()月 ()歳()か月 原因となる食品() 症状と経過() • ()年()月 ()歳()か月 原因となる食品() 症状と経過() • ()年()月 ()歳()か月 原因となる食品() 症状と経過() <p>○運動によって症状が出たことがありますか ない・ある()年()月</p> <p>○薬の処方がありますか ない・ある ()年()月～ 薬を使った後の症状の経過を記入してください ()</p>	
<p>家族歴</p>	<p>○家族の中でアレルギー疾患がある、あった方はいますか いない・いる 続柄：父・母・兄弟・姉妹・祖父母・その他() 病名：食物アレルギー・喘息・アトピー性皮膚炎・他 ()</p>	
<p>特記事項</p>		
<p>※施設 確認欄</p>	<p>アレルギー除去食の希望の有無 薬の預かり希望の有無</p>	<p>希望有り・希望無し・弁当持参・一部持参 希望有り・希望無し</p>

食物アレルギーに関する調査表(記入見本A)

児童名 〇〇田 〇〇 生年月日：平成令和 〇〇年 〇月 〇日保護者名 〇〇田 〇〇也 記入日：令和 〇年 〇月 〇日

アレルギーの種類 もしくは診断名	〇〇アレルギー
かかりつけ医	病院名 <u>△△病院</u> 医師名 <u>△△ △△</u> ☎ <u>000-0000-0000</u> (※休診日 <u>日、祝日</u>)
緊急時の受け入れ	体調の急変や万が一誤食した場合、アナフィラキシー症状が疑われる場合等 病院名 <u>△△病院</u> ☎ <u>000-0000</u>
緊急連絡先 ※連絡が取りやすい連絡先を順に記入してください 優先順位1 (続柄 <u>母</u> 氏名 <u>〇〇田 〇美</u> ☎ <u>000-0000-0000</u> 携帯 到着目安時間 <u>40分</u>) 優先順位2 (続柄 <u>父</u> 氏名 <u>〇〇田 〇也</u> ☎ <u>00-0000-0000</u> 会社 到着目安時間 <u>80分</u>) 優先順位3 (続柄 <u>父</u> 氏名 <u>〇〇田 〇也</u> ☎ <u>000-0000-0000</u> 携帯 到着目安時間 <u>80分</u>) 優先順位4 (続柄 <u>祖母</u> 氏名 <u>〇〇 〇〇子</u> ☎ <u>000-0000-0000</u> 携帯 到着目安時間 <u>10分</u>) 優先順位5 (続柄 <u>母</u> 氏名 <u>〇〇田 〇美</u> ☎ <u>000-0000</u> 職場 到着目安時間 <u>40分</u>)	
アレルギーの状況、治療及び発症時の対応 ○定期的に受診をしていますか <u>はい</u> ・いいえ 週()回・月()回・年(<u>4</u>)回・不定期 ○現在除去している、または以前除去していたことがあるアレルギーの原因食品は何ですか 食品名(<u>鶏卵</u>) 開始(<u>00</u>)年(<u>4</u>)月 ~解除(<u>00</u>)年(<u>12</u>)月 食品名(<u>牛乳・乳製品</u>) 開始(<u>00</u>)年(<u>5</u>)月 ~解除()年()月 食品名() 開始()年()月 ~解除()年()月 食品名() 開始()年()月 ~解除()年()月 ○薬を使っていますか <u>はい</u> ・いいえ 薬品名(<u>〇〇〇〇</u>) 使用時(朝・昼・ <u>夕</u> ・寝る前・発症時・その他) 薬品名(<u>△△△△</u>) 使用時(朝・昼・夕・寝る前・ <u>発症時</u> ・その他) 薬品名() 使用時(朝・昼・夕・寝る前・発症時・その他) 薬品名() 使用時(朝・昼・夕・寝る前・発症時・その他) ○症状が出た時や誤食をした時など、緊急時の対応について 主な症状・部位と時間的な経過について具体的に記入してください。 <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> 食後 10 分位で口の周りが赤くなり、かゆみを訴える。すぐに△△△△を飲ませる。 通常は 30 分位で症状がおさまるので、様子を見ている。何かあったら連絡をしてほしい。 </div> 直ちに救急搬送・直ちにかかりつけ医受診・薬剤を使用し経過観察・状況によって受診 ()	

<p>初発の 症状に ついて</p>	<p>○いつごろ、症状が出ましたか (00)年(4)月 (1)歳(0)か月</p> <p>○どのような症状が出ましたか ※複数ある場合、全てに○をしてください <input checked="" type="checkbox"/>発疹・じんましん・<input checked="" type="checkbox"/>かゆみ・腹痛・下痢・嘔吐・咳・喘鳴・アナフィラキシー症状 アナフィラキシーショック・その他() 部位・程度()</p> <p>○発症の原因となった食品は何ですか 食品名(鶏卵)・不明</p> <p>○病院を受診しましたか しない・<input checked="" type="checkbox"/>した 病院名(△△病院)</p> <p>○検査はしましたか しない・<input checked="" type="checkbox"/>した (血液検査)</p> <p>○病院では何といわれましたか (卵、牛乳により食物アレルギー)</p>				
<p>経過に ついて</p>	<p>○今まで何回位、症状が出ましたか 現在に近い発症から記入してください</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ (00)年(5)月 (1)歳(1)か月 原因となる食品(卵) 症状と経過(卵を食べて 30 分位で蕁麻疹が出た。処方薬△△を飲ませ、30 分位で症状が治まった) ・ ()年()月 ()歳()か月 原因となる食品() 症状と経過() ・ ()年()月 ()歳()ヶ月 原因となる食品() 症状と経過() ・ ()年()月 ()歳()ヶ月 原因となる食品() 症状と経過() ・ ()年()月 ()歳()ヶ月 原因となる食品() 症状と経過() <p>○運動によって症状が出たことがありますか <input checked="" type="checkbox"/>ない・ある()年()月</p> <p>○薬の処方がありますか ない・<input checked="" type="checkbox"/>ある (00)年(4)月～ 薬を使った後の症状の経過を記入してください (30 分位で症状が治まる、念のため、かかりつけ医を受診する)</p>				
<p>家族歴</p>	<p>○家族の中でアレルギー疾患がある、あった方はいますか いない・<input checked="" type="checkbox"/>いる</p> <p>続柄:<input checked="" type="checkbox"/>父・母・兄弟・姉妹・祖父母・その他()</p> <p>病名: 食物アレルギー・喘息・<input checked="" type="checkbox"/>アトピー性皮膚炎・他 ()</p>				
<p>特記事項</p>					
<p>※施設 確認欄</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="274 1960 730 2027"> <p>アレルギー除去食の希望の有無</p> </td> <td data-bbox="730 1960 1453 2027"> <p>希望有り・希望無し・弁当持参・一部持参</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="274 2027 730 2087"> <p>薬の預かり希望の有無</p> </td> <td data-bbox="730 2027 1453 2087"> <p>希望有り・希望無し</p> </td> </tr> </table>	<p>アレルギー除去食の希望の有無</p>	<p>希望有り・希望無し・弁当持参・一部持参</p>	<p>薬の預かり希望の有無</p>	<p>希望有り・希望無し</p>
<p>アレルギー除去食の希望の有無</p>	<p>希望有り・希望無し・弁当持参・一部持参</p>				
<p>薬の預かり希望の有無</p>	<p>希望有り・希望無し</p>				

食物アレルギーに関する調査表(記入見本⑧)

※給食対応はしないが家庭でアレルギー食品の除去を行っている方(生卵、カニ、そば等)

児童名 〇〇田 〇〇 生年月日: 平成・令和 〇〇年 〇月 〇日

保護者名 〇〇田 〇〇也 記入日: 令和 〇年 〇月 〇日

アレルギーの種類 もしくは診断名	〇〇アレルギー		※家族にアレルギーがあって予防的に除去を行っている場合、新たな受診の必要はありません。	
かかりつけ医	病院名 <u>△△病院</u>	医師名 <u>△△ △△</u>		
	☎ <u>000-0000-0000</u> (※休診日 <u>日、祝日</u>)			
緊急時の受け入れ	体調の急変や万が一誤食した場合、アナフィラキシー症状が疑われる場合等			
	病院名 <u>△△病院</u>	☎ <u>000-0000</u>		
緊急連絡先 ※連絡が取りやすい連絡先を順に記入してください				
優先順位1 (続柄 <u>母</u>)	氏名 <u>〇〇田 〇美</u>	☎ <u>000-0000-0000</u>	<u>携帯</u>	到着目安時間 <u>40分</u>)
優先順位2 (続柄 <u>父</u>)	氏名 <u>〇〇田 〇也</u>	☎ <u>00-0000-0000</u>	<u>会社</u>	到着目安時間 <u>80分</u>)
優先順位3 (続柄 <u>父</u>)	氏名 <u>〇〇田 〇也</u>	☎ <u>000-0000-0000</u>	<u>携帯</u>	到着目安時間 <u>80分</u>)
優先順位4 (続柄)	氏名	☎		到着目安時間)
優先順位5 (続柄)	氏名	☎		到着目安時間)
アレルギーの状況、治療及び発症時の対応				
○定期的に受診をしていますか はい・ <u>いいえ</u>				
週()回・月()回・年()回・ <u>不定期</u>				
○現在除去している、または以前除去していたことがあるアレルギーの原因食品は何ですか				
食品名(<u>カニ</u>) 開始(<u>00</u>)年(<u>4</u>)月 ~解除()年()月				
食品名(<u>そば</u>) 開始(<u>00</u>)年(<u>5</u>)月 ~解除()年()月				
食品名() 開始()年()月 ~解除()年()月				
食品名() 開始()年()月 ~解除()年()月				
○薬を使っていますか はい・ <u>いいえ</u>				
薬品名() 使用時(<u>朝・昼・夕・寝る前・発症時・その他</u>)				
薬品名() 使用時(<u>朝・昼・夕・寝る前・発症時・その他</u>)				
薬品名() 使用時(<u>朝・昼・夕・寝る前・発症時・その他</u>)				
薬品名() 使用時(<u>朝・昼・夕・寝る前・発症時・その他</u>)				
○症状が出た時や誤食をした時など、緊急時の対応について				
主な症状・部位と時間的な経過について具体的に記入してください。				
()				
直ちに救急搬送・直ちにかかりつけ医受診・薬剤を使用し経過観察・状況によって受診				
()				

<p>初発の 症状に ついて</p>	<p>○いつごろ、症状が出ましたか (00)年(4)月 (2)歳(0)ヶ月</p> <p>○どのような症状が出ましたか ※複数ある場合、全てに○をしてください</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>発疹・じんましん・かゆみ・腹痛・下痢・嘔吐・咳・喘鳴・アナフィラキシー症状 アナフィラキシーショック・その他()</p> <p>部位・程度(口の周りが赤くなった)</p> <p>○発症の原因となった食品は何ですか</p> <p>食品名(カニクリームコロッケ)・不明</p> <p>○病院を受診しましたか <input type="checkbox"/>しない・<input checked="" type="checkbox"/>した 病院名(△△病院)</p> <p>○検査はしましたか <input checked="" type="checkbox"/>しない・<input type="checkbox"/>した ()</p> <p>○病院では何といわれましたか</p> <p>(アレルギーかもしれないがまだ小さいのでしばらく食べさせないようにと言われ、 その後は食べさせていない。)</p>	
<p>経過に ついて</p>	<p>○今まで何回位、症状が出ましたか</p> <p>現在に近い発症から記入してください</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ (00)年(4)月 (2)歳(0)ヶ月 原因となる食品(カニクリームコロッケ) 症状と経過(口の周りに発疹が出たが、1時間くらいで良くなった) ・ ()年()月 ()歳()ヶ月 原因となる食品() 症状と経過() ・ ()年()月 ()歳()ヶ月 原因となる食品() 症状と経過() ・ ()年()月 ()歳()ヶ月 原因となる食品() 症状と経過() ・ ()年()月 ()歳()ヶ月 原因となる食品() 症状と経過() <p>○運動によって症状が出たことがありますか <input type="checkbox"/>ない・<input type="checkbox"/>ある()年()月</p> <p>○薬の処方がありますか <input checked="" type="checkbox"/>ない・<input type="checkbox"/>ある ()年()月～</p> <p>薬を使った後の症状の経過を記入してください</p> <p>()</p>	
<p>家族歴</p>	<p>○家族の中でアレルギー疾患がある、あった方はいますか <input type="checkbox"/>いない・<input checked="" type="checkbox"/>いる</p> <p>続柄: 父・<input checked="" type="checkbox"/>母・兄弟・姉妹・祖父母・その他()</p> <p>病名 <input checked="" type="checkbox"/>食物アレルギー・喘息・アトピー性皮膚炎・他 (エビ・カニ・そば)</p>	
<p>特記事項</p>		
<p>※施設 確認欄</p>	<p>アレルギー除去食の希望の有無</p>	<p>希望有り・希望無し・弁当持参・一部持参</p>
	<p>薬の預かり希望の有無</p>	<p>希望有り・希望無し</p>

アレルギー食品確認・面談表

クラス名	児童名	面談者（保護者）	（施設）	面談日	年	月	日
------	-----	----------	------	-----	---	---	---

※未摂取の場合は“未”と記入。※特定指定原材料8品目は必ず確認する。

	○×	備考	より厳しい除去が必要であるか
※鶏卵	生卵		・卵殻カルシウム 不要・必要
	マヨネーズ		
	卵料理		
	卵黄		
	料理のつなぎ		
	プリン		
	卵加工品		
	アイスクリーム		
	カステラ		
	その他菓子・パン類		
※小麦	小麦粉		・醤油 不要・必要 ・酢 不要・必要 ・麦茶 不要・必要
	小麦加工品		
	菓子・パン類		
	麺類(うどん・パスタ等)		
	大麦(押し麦 等)		
※牛乳・乳製品	育児用ミルク	アレルギー用調整粉乳	・乳糖 不要・必要
	牛乳(飲用)	不要・必要	
	牛乳入り料理		
	乳加工品		
	ヨーグルト		
	乳酸菌飲料		
	スキムミルク		
	生クリーム		
	チーズ		
	バター		
	マーガリン		
	アイスクリーム		
	プリン		
	菓子・パン類		
	ハム・ベーコン・ウインナー		
※そば			
※ピーナッツ			
※甲殻類	※えび		
	※かに		

	○×	備考	より厳しい除去が必要であるか
大豆	大豆・枝豆		・大豆油 不要・必要 ・醤油 不要・必要 ・味噌 不要・必要
	大豆加工品		
	豆乳		
	きな粉		
	豆腐・油揚げ・厚揚げ		
納豆			
ごま			・ごま油 不要・必要
ナッツ	アーモンド		
	※くるみ		
	カシューナッツ		
	栗		
貝類 軟体類	いか・たこ		
	ほたて・あさり		
魚卵	いくら		
	たらこ		
	子持ちししゃも		
魚類	さば		・かつおだし 不要・必要 ・いりこだし 不要・必要
	さけ		
	しらす・じゃこ		
	その他		
肉類	鶏肉		・エキス 不要・必要
	豚肉		
	牛肉		
果実類	キウイフルーツ		
	もも		
	りんご		
	バナナ		
	メロン		
	パイナップル		
	その他		
その他	ゼラチン		

			看護師	栄養士

担任確認印

面談記録	確認事項
	①製造ラインについて 製造工場内のアレルギー使用 可 否 ②保育・教材での使用 ・牛乳パック 可 否 ・乳製品容器 可 否 ・小麦粉粘土 可 否 ・パスタ類 可 否 ・卵容器 可 否 ・マヨネーズ容器 可 否 ・豆腐容器 可 否 ・ナッツ類の殻 可 否 ・その他 可 否 ③行事 ・豆まき(ピーナッツ含む) 可 否 ④飼育等動物との接触 可 否 ⑤クラス内の告知 可 否
保護者確認 上記内容及び除去食品項目を確認しました。 年 月 日 保護者氏名 _____	⑥調理器具・洗浄器具の共有 可 否

施設長				看護師	栄養士

食物アレルギー児に関する報告書

施設名		ふりがな 児 童 名		男・女
生年月日		今年度 クラス名	歳児 組	
入所・ 入園年月日	年 月 日	除去食開始(家庭)	除去食開始(施設)	
		年 月より	年 月より	
かかりつけの病院		担当医		
TEL ()				
アレルギーの種類 もしくは診断名				
原因となる 食品				
症 状	過去のアナフィラキシー症状 有・無			
薬について	使 用 : 有・無 薬品名 使用状況 : 施設での薬の預かり: 有・無			
施設での対応				
緊急時の対応	有症時の対応、投薬、緊急搬送など			
そ の 他 こどもの様子				

※ 医師からの生活管理指導表等コピーを添付してください。

※ 新しく発生した時点で報告書を提出してください。

報告 令和 年 月 日 現在

アレルギーチェック表(クラス用) 【記入例】

					栄養士	担任

クラス名	児童名	アレルギー
もも	〇〇 〇〇	卵・牛乳

日	曜日	朝			昼			おやつ			時間外		備考
		受取者	配膳者	介助者	受取者	配膳者	介助者	受取者	配膳者	介助者	配膳者	介助者	
1	月	 	 	A保育者	A保育者	B保育者	B保育者	B保育者	B保育者	B保育者	C保育者	C保育者	
2	火	欠											
3	水	遅			A保育者	A保育者	A保育者	A保育者	B保育者	B保育者	帰		
4	木	A保育者	欠										11:30に欠席連絡が入る
5	金	 	 	A保育者	帰								
6	土	 	 	A保育者	帰								
7	日												

◆記入の仕方

- ・アレルギー対応がない場合、斜線をひいて受取者の名前を記入する。(1日朝 参照)
- ・アレルギー対応食がある場合、受取者・配膳者・介助者それぞれに対応した職員の名前を記入する。(1日昼・おやつ 参照)
- ・児童が欠席の場合は、欠→ と記入する。(2日 参照)
- ・児童が遅刻して給食を食べなかった場合は、遅→ と記入する。(3日朝 参照)
- ・給食受け取り後に児童の欠席が分かった場合は、記入した箇所を二重線で消し、その後欠→と記入し、備考欄にその旨を書く。(4日 参照)
- ・児童が早退して給食を食べなかった場合は、帰→ と記入する。(5日 参照)
- ・日曜祝日、土曜日のおやつなど、給食提供のないところは色で塗りつぶしておく。
- ・時間外保育の利用がない場合は、色で塗りつぶしておくか、時間外欄に縦線をひいて消す。
- ・名前の記入は誰が見ても分かるようにする。(略した場合は、欄外に表記する)
(例) 習・・・習志野
- ・その他、特記事項は備考欄に記入する。

(短時間児)

日	曜日	昼			預かりおやつ				給食提供	家庭持参	備考
		受取者	配膳者	担当者	受取者	配膳者	担当者				
1	火	A保育者	B保育者	B保育者	 	 	 				
2	水	 	 	A保育者	C保育者	C保育者	C保育者		○		
3	木	 	 	A保育者	 	 	C保育者	○			
4	金	 	 	A保育者							
5	土										

◆記入の仕方

- ・預かり保育の申請がない場合は、「家庭持参」欄まで斜線をひく。(1日 参照)
- ・預かりおやつは、「給食提供」・「家庭持参」の該当欄に○を記入する。他方は斜線を記入する。(2,3日 参照)
- ・登園日であっても、給食・預かり保育の実施がない場合は色で塗りつぶす。
- ・その他の記入方法は、長時間児と同じ。

アレルギーチェック表(給食室用)【記入例】

				栄養士	調理員

クラス名	児童名	アレルギー
うさぎ	〇〇 〇〇	卵・牛乳

日	曜	朝	昼	おやつ	備考
1	月	A調理員	A調理員	A調理員	
2	火	A調理員→B調理員→C保育者	A調理員	B調理員→C保育者	
3	水	欠 →			
4	木	遅 →	A調理員→B調理員→C保育者	B調理員	
5	金	A調理員→B調理員→C保育者	欠 →		11:30に欠席連絡
6	土	A調理員	帰 →		
7	日				

◆記入の仕方

- ・アレルギー対応がない場合、斜線をひいて最終確認者の名前を記入する。(1日 参照)
- ・アレルギー対応食の受け渡しは、給食室の最終確認者→クラスへの運搬車→クラスでの受取者 等「給食室の最終確認者」から「クラスの受取者」までの名前を記入する。(2日朝 参照)
- ・児童が欠席の場合は、欠→ と記入する。(3日 参照)
- ・児童が遅刻して給食を食べなかった場合は、遅→ と記入する。(4日朝 参照)
- ・給食を運んだ後に児童の欠席が分かった場合は、記入した箇所を二重線で消し、その後欠→ と記入する。(5日 参照)
- ・児童が早退して給食を食べなかった場合は、帰→ と記入する。(6日 参照)
- ・名前の記入は誰が見ても分かるようにする。(略した場合は、欄外に表記する)
(例) 習・・・習志野
- ・日曜祝日、土曜日のおやつなど、給食提供のないところは色で塗りつぶしておく。
- ・その他、特記事項は備考欄に記入する。

(短時間児)

日	曜	昼	預かりおやつ	備考
1	火	A調理員		
2	水	A調理員→B調理員→C保育者	A調理員	
3	木	A調理員→B調理員→C保育者	A調理員→C保育者	

◆記入の仕方

- ・預かり保育の申請がない場合は、斜線のみをひく。(1日 参照)
- ・預かりおやつで給食と同じものを提供する場合は、斜線をひいて給食室の最終確認者の氏名を記入(2日参照)、家庭から持参したおやつの場合は、最終確認者からクラスの受取者までの名前を記入する。(3日参照)
- ・その他の記入方法は、長時間児と同じ。

アレルギーチェック表(クラス用)

3 年度 4 月

				栄養士	担任

クラス名	児童名	アレルギー

日	曜日	1回目ミルク		2回目ミルク		3回目ミルク		時間外のミルク		備考
		調乳者	授乳者	調乳者	授乳者	調乳者	授乳者	調乳者	授乳者	
1	木									
2	金									
3	土									
4	日									
5	月									
6	火									
7	水									
8	木									
9	金									
10	土									
11	日									
12	月									
13	火									
14	水									
15	木									
16	金									
17	土									
18	日									
19	月									
20	火									
21	水									
22	木									
23	金									
24	土									
25	日									
26	月									
27	火									
28	水									
29	木									
30	金									

※離乳食を開始した場合はア様式5-2クラス乳児用も記入する。

アレルギーチェック表(クラス用)

3歳未満児用

3年度 4月

				栄養士	担任

クラス名	児童名	アレルギー

日	曜日	朝			昼			おやつ			時間外		備考
		受取者	配膳者	介助者	受取者	配膳者	介助者	受取者	配膳者	介助者	配膳者	介助者	
1	木												
2	金												
3	土												
4	日												
5	月												
6	火												
7	水												
8	木												
9	金												
10	土												
11	日												
12	月												
13	火												
14	水												
15	木												
16	金												
17	土												
18	日												
19	月												
20	火												
21	水												
22	木												
23	金												
24	土												
25	日												
26	月												
27	火												
28	水												
29	木												
30	金												

※アレルギー用ミルクを飲んでいる場合はア様式5-1クラス5ヶ月未満児用も記入する。

アレルギーチェック表(給食室用)		3歳未満児用			3年度4月	
					栄養士	調理員
クラス名		児童名			アレルギー	
日	曜	朝	昼	おやつ	備考	
1	木					
2	金					
3	土					
4	日					
5	月					
6	火					
7	水					
8	木					
9	金					
10	土					
11	日					
12	月					
13	火					
14	水					
15	木					
16	金					
17	土					
18	日					
19	月					
20	火					
21	水					
22	木					
23	金					
24	土					
25	日					
26	月					
27	火					
28	水					
29	木					
30	金					

アレルギーチェック表(給食室用)

3歳以上児用

3年度 4月

				栄養士	調理員

クラス名	児童名	アレルギー

日	曜	昼	おやつ	備考
1	木			
2	金			
3	土			
4	日			
5	月			
6	火			
7	水			
8	木			
9	金			
10	土			
11	日			
12	月			
13	火			
14	水			
15	木			
16	金			
17	土			
18	日			
19	月			
20	火			
21	水			
22	木			
23	金			
24	土			
25	日			
26	月			
27	火			
28	水			
29	木			
30	金			

アレルギーチェック表(給食室用)		短時間児用		3 年度 4 月	
				栄養士	調理員
クラス名		児 童 名		アレルギー	
日	曜	昼	預かりおやつ	備考	
1	木				
2	金				
3	土				
4	日				
5	月				
6	火				
7	水				
8	木				
9	金				
10	土				
11	日				
12	月				
13	火				
14	水				
15	木				
16	金				
17	土				
18	日				
19	月				
20	火				
21	水				
22	木				
23	金				
24	土				
25	日				
26	月				
27	火				
28	水				
29	木				
30	金				

緊急時経過記録表

クラス _____

記録者 _____

氏名 _____ 体重 _____ kg

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()歳 ()か月

アレルギーの原因となる食品	
---------------	--

事故等発生状況	日時	年 月 日 時 分	場所	
誤食有無	<input type="checkbox"/> 誤食有	朝おやつ 昼食 午後(預かり)おやつ 時間外おやつ	その他	<input type="checkbox"/> 誤食無
発症状況	<input type="checkbox"/> 発症有	年 月 日 時 分		<input type="checkbox"/> 発症無
食べたものと量				
処置ほか(□にレ点)	【初期処置】	<input type="checkbox"/> 口の中のものを取り除く <input type="checkbox"/> うがいをする <input type="checkbox"/> 手を洗う <input type="checkbox"/> 触れた部位を洗い流す <input type="checkbox"/> 眼を洗う		時 分
	【内服など】	内服薬などの使用 内容		時 分
	【エビペン】	<input type="checkbox"/> 未使用 <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 処方なし		時 分
	【連絡確認】	<input type="checkbox"/> 保護者への連絡 連絡者()→受け者()		時 分
		<input type="checkbox"/> 保護者の迎え 続柄()		時 分
		<input type="checkbox"/> 主治医への連絡 連絡者() 医療機関名 指示内容		時 分
		<input type="checkbox"/> 救急隊への連絡 連絡者()		時 分
	【救命処置】	<input type="checkbox"/> 心臓マッサージ開始 実施者()		時 分
<input type="checkbox"/> AED使用 実施者()		時 分		
【救急車到着】	<input type="checkbox"/> 搬送先 (同行者)		時 分	
症状経過	軽症 (グレード1)	①限られた範囲の痒み、部分的に赤い斑点、じんま疹が数個以内、唇が少し腫れている		時 分
		②口の中の痒み・違和感		時 分
		③単発的な咳、くしゃみ		時 分
	中等症 (グレード2)	④強い痒み、赤い斑点があちこちに出現、じんま疹が10個以上、まぶたや唇などが腫れあがる		時 分
		⑤吐き気もしくは1回の嘔吐、軟便もしくは或は1回の下痢、間欠的な腹痛		時 分
		⑥断続的な咳、鼻つまり・鼻水、のどの痒み		時 分
		⑦元気がない(不活発)		時 分
	重症 (グレード3):	⑧激しい全身の痒み、全身が真っ赤、全身にじんま疹		時 分
		⑨嘔吐を繰り返す、数回以上の下痢、激しい腹痛		時 分
		⑩声がかれ、声が出にくい、間断ない激しい咳き込み、犬が吠えるような咳(例:ケンケン)、喘鳴(例:ヒューヒュー、ゼイゼイ)、呼吸困難		時 分
⑪顔面が蒼白、唇や爪が白い・紫、脈が速い、脈が不規則		時 分		
⑫ぐったり、意識がもうろう、不安感・恐怖感		時 分		
心肺停止		時 分		

症状と対応の記録

時間	症状の経過(呼吸状態、体温等)と施設対応	対応者	備考
	<p>○記入例 呼吸:早い、普通、遅い、1分間の回数 顔:腫れている、紅い、蒼い、土色など 意識:はっきりしている、呼びかけに反応しないなど</p> <p>●記入例 施設内の職員の動き、保護者との対応など</p>		

			決裁蘭			

事故報告書

年 月 日

施設名

報告者補職名

氏名 (印)

児童名	男・女		保護者名
	年 月 日 生(歳 ヶ月)		
年齢クラス	<input type="checkbox"/> 5歳児 <input type="checkbox"/> 4歳児 <input type="checkbox"/> 3歳児 <input type="checkbox"/> 2歳児 <input type="checkbox"/> 1歳児 <input type="checkbox"/> 0歳児		
アレルギー 診断名	内服薬	有・無 ()	
	エピペン	有・無 ()	
発生日時	年 月 日 () 午前・午後 時 分		
発生場所	園内() 園外()		
原因食品	原因食品と量 ()		
	症状出現時間	午前・午後 時 分	アナフィラキシーの有無 有・無
保護者連絡	午前・午後 時 分	連絡者() → 連絡先()	
事故発生の 状況		
		
		
事後処置 ①施設での処置 ②病院での処置 ③その後の指示 内容と対応	【初期対応】	午前・午後 時 分	対応者() 処置()
	【1次対応】	午前・午後 時 分	対応者() 処置()
	【2次対応】	午前・午後 時 分	対応者() 処置()
	【3次対応】	午前・午後 時 分	対応者() 処置()
受診の状況	交通手段		同伴者
	診断名		病院名
保護者対応		
今回の問題点 及び改善点		
<p>上記のことは、事実と相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">施設名</p> <p style="text-align: right;">施設長名 (印)</p> <p>年 月 日</p>			

〇〇 様

年 月 日

習志野市立保育所・こども園
所 長 ・ 園 長

生活管理指導表等の提出のお願い

習志野市立保育所・こども園におけるアレルギー対応食の実施は、家庭と施設とで一貫したケアをすることが必要となります。そのため除去の必要な食品や生活上の指示が記載された医療機関発行の生活管理指導表の提出を最低1年に1回お願いしています。年度途中でも病状の変化及び複数のアレルギー原因食のうち一部解除があった場合も同様に必要書類の提出をお願いします。

次年度もアレルギー対応食の継続を必要とされる場合は、受診の上、再度生活管理指導表の提出をお願いいたします。

緊急時に備えた処方薬をお預かりする場合は与薬指示書も併せて提出していただくこととなります。用紙は施設にて配布いたしますので、お知らせください。

お忙しいところ大変恐縮ですが、下記期限までに施設へ提出をお願いします。提出された生活管理指導表、与薬指示書等の内容、施設での対応に関して、後日面談させていただきます。

提出期限 年 月 日

(継続児用)

参考様式※「保育所におけるアレルギーガイドライン(2019年改訂版)」

保育所・こども園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・アナフィラキシー・気管支ぜん息)

提出日 年 月 日

名前 男・女 年 月 日生(歳 ヶ月) 組

※この生活管理指導表は、保育所・こども園の生活において特別な配慮や管理が必要となった子どもに限って、医師が作成するものです。

病型・治療		保育所・こども園での生活上の留意点		★保護者名 電話(続柄) ① ② ③ ★連絡医療機関 医療機関名: 電話:
アナフィラキシー(あり・なし) 食物アレルギー(あり・なし)	A. 食物アレルギー病型 1. 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎 2. 即時型 3. その他(新生児・乳児消化管アレルギー・口腔アレルギー症候群・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・その他:)	A. 給食・離乳食 1. 管理不要 2. 管理必要(管理内容については、病型・治療のC欄及び下記C.E欄を参照) B. アレルギー用調整粉乳 1. 不要 2. 必要 下記該当ミルクに○、又は()内に記入 ミルフィーHP・ニューMA-1・MA-mi・ペプディエツト・エレメンタルフォーミュラ その他()		
	B. アナフィラキシー病型 1. 食物 (原因:) 2. その他(医薬品・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・ラテックスアレルギー・昆虫・動物のフケや毛)	C. 除去食品においてより厳しい除去が必要なもの 病型・治療のC欄で除去の際に、より厳しい除去が必要となるものみに○をつける ※本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した料理については、給食対応が困難となる場合があります。 1. 鶏卵:(卵殻カルシウム) 2. 牛乳・乳製品:(乳糖) 3. 小麦:(醤油・酢・麦芽) 6. 大豆:(大豆油・醤油・味噌) 7. ゴマ:(ゴマ油) 12. 魚類:(かつおだし・いりこだし) 13. 肉類:(エキス) ※コンタミネーション(混入、ライン等)	E. 特記事項 (その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は保育所・こども園が保護者と相談のうえ決定)	
C. 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に除去根拠を記載 1. 鶏卵(非加熱) 《 》 鶏卵(加熱) 《 》 2. 牛乳・乳製品 《 》 3. 小麦 《 》 4. そば 《 》 5. ピーナッツ 《 》 6. 大豆 《 》 7. ゴマ 《 》 8. ナッツ類* 《 》 (すべて・クルミ・カシューナッツ・アーモンド・栗) 9. 甲殻類* 《 》 (すべて・エビ・カニ) 10. 軟体類・貝類* 《 》 (すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ) 11. 魚卵* 《 》 (すべて・イクラ・タラコ) 12. 魚類* 《 》 (すべて・サバ・サケ) 13. 肉類* 《 》 (鶏肉・牛肉・豚肉) 14. 果実類* 《 》 (キウイ・バナナ) 15. その他 《 》 () 「*は()の中の該当する項目に○をするか具体的に記載すること」	D. 緊急時に備えた処方薬 1. 内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) 2. アドレナリン自己注射薬「エビペン®」 3. その他()	D. 食物・食材を扱う活動 1. 管理不要 2. 原因食材を教材とする活動の制限() 3. 調理活動時の制限() 4. その他()	記載日 年 月 日 医師名 医療機関名 電話	
気管支ぜん息(あり・なし)	病型・治療 A. 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良 B. 長期管理薬 (短期追加治療薬を含む) 1. ステロイド吸入薬 剤型: 投与量(日): 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 3. DSCG吸入薬 4. ベータ刺激薬(内服・貼付薬) 5. その他()	保育所・こども園での生活上の留意点 A. 寝具に関して 1. 管理不要 2. 防ダニシート等の使用 3. その他の管理が必要() B. 動物との接触 1. 管理不要 2. 動物への反応が強いため不可 動物名() 3. 飼育活動等の制限()	保育所・こども園での生活上の留意点 C. 外遊び・運動に対する配慮 1. 管理不要 2. 管理必要 (管理内容:) D. 特記事項 (その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は保育所・こども園が保護者と相談のうえ決定)	記載日 年 月 日 医師名 医療機関名 電話
	C. 急性増悪(発作)治療薬 1. ベータ刺激薬吸入 2. ベータ刺激薬内服 3. その他 D. 急性増悪(発作)時の対応 (自由記載)			

●保育所・こども園における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を保育所・こども園の職員及び消防機関・医療機関等と共有することに同意しますか。

- ・同意する
- ・同意しない

保護者氏名 _____

参考様式※「保育所におけるアレルギーガイドライン(2019年改訂版)」

保育所・こども園におけるアレルギー疾患生活管理指導表(アトピー性皮膚炎・アレルギー性結膜炎・アレルギー性鼻炎)

提出日 年 月 日

名前 男・女 年 月 日生(歳 ヶ月) 組

※この生活管理指導表は、保育所・こども園の生活において特別な配慮や管理が必要となった子どもに限って、医師が作成するものです。

アレルギー疾患	病型・治療			保育所・こども園での生活上の留意点		記載日
						年 月 日
アトピー性皮膚炎 (あり/なし)	A. 重症度のみやす(厚生労働科学研究班) 1. 軽症: 面積に関わらず、軽度の皮疹のみみられる。 2. 中等症: 強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満にみられる。 3. 重症: 強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満にみられる。 4. 最重症: 強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上にみられる。 ※軽度の皮疹: 軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変 ※強い炎症を伴う皮疹: 紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変			A. プール・水遊び及び長時間の紫外線下での活動 1. 管理不要 2. 管理必要 ()		医師名
	B-1. 常用する外用薬 1. ステロイド軟膏 2. タクロリムス軟膏 (「プロトピック®」) 3. 保湿剤 4. その他()	B-2. 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他()	C. 食物アレルギーの合併 1. あり 2. なし	B. 動物との接触 1. 管理不要 2. 動物への反応が強いため不可 動物名() 3. 飼育活動等の制限() 4. その他()	D. 特記事項 (その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は保育所・こども園が保護者と相談のうえ決定)	医療機関名
アレルギー性結膜炎 (あり・なし)	A. 病型 1. 通年性アレルギー性結膜炎 2. 季節性アレルギー性結膜炎(花粉症) 3. 春季カタル 4. アトピー性角結膜炎 5. その他()			A. プール指導 1. 管理不要 2. 管理必要 (管理内容:) 3. プールへの入水不可		医師名
	B. 治療 1. 抗アレルギー点眼薬 2. ステロイド点眼薬 3. 免疫抑制点眼薬 4. その他()			B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 (管理内容:)		医療機関名
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)	A. 病型 1. 通年性アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎(花粉症) 主な症状の時期: 春・夏・秋・冬			A. 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 (管理内容:)		医師名
	B. 治療 1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬(内服) 2. 鼻噴霧用ステロイド薬 3. 舌下免疫療法 4. その他			B. 特記事項 (その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は保育所・こども園が保護者と相談のうえ決定)		医療機関名

●保育所・こども園における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を保育所・こども園の職員及び消防機関・医療機関等と共有することに同意しますか。

- ・同意する
- ・同意しない

保護者氏名 _____

与薬指示書

下記の保育所・こども園児について当院で加療中ですが、登所(園)の際は、保護者に代わり投薬をお願いします。

施設名 習志野市立 保育所・こども園

氏名 _____ 年 月 日生

病名(または症状) _____

薬の処方内容等

.....
.....
.....
.....
.....

保育所・こども園での投薬時期

食前 食後 その他()

今回の処方期間 月 日 から 月 日 まで

<注意事項・その他>

.....
.....
.....
.....

年 月 日 医療機関名
電 話
医 師 名 印

鹿野山宿泊保育用 アレルギーチェック表

施設名: こども園 宿泊保育日: 令和 年 月 日() ~ 月 日()

クラス	児童名	アレルギー

家庭より持参するもの	受取者	担当者

日	お昼		変更内容	受取者	配膳者	担当者
	献立	材料				
昼食						
夕食						
朝食						
昼食						

施設長様

給食提供内容変更届(新規・変更)

児童名 _____ (_____ 年 _____ 月 _____ 日生)

〇〇保育所・こども園の給食において内容の変更を希望します。

【 変更理由 ・ 内容 】

_____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者名 _____

.....【 施設記入欄 】.....

面談日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

面談者 _____

【 乳糖不耐症 ・ 宗教 ・ 服薬 ・ その他(_____) 】に伴う変更

◎制限(除去)が必要な食品

※医師から指示がある場合 : _____ 年 _____ 月 _____ 日(病院名)

◎制限の範囲 (制限食品のみ・制限食品由来・調味料・調理器具の共有等)

◎制限食品が使用された日の対応(豆乳の提供・弁当持参・該当する料理(単品)の代替持参等)

◎内容変更開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

		決裁蘭		

施設長様

給食提供内容変更届(解除)

児童名 _____ (_____ 年 _____ 月 _____ 日生)

〇〇保育所・こども園の給食において内容変更の解除をお願い致します。

【 解除理由 】

※医師から指示がある場合 : _____ 年 _____ 月 _____ 日(病院名)

_____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者名 _____

.....【 施 設 記 入 欄 】.....

◎内容変更解除日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

		決裁蘭		