

食物アレルギーに  
関する対応表  
(園記載)

	つぼみ	はな	にじ	園長	主任	調理員
年月日	/	/	/	/	/	/
確認印						

(該当する項目に☑をつけてください)

園児名	男・女	生年月日	H・R	年	月	日
1. 生活管理指導表 (有・無)	発生時期： 年 月頃 ( 歳 カ月頃)					
	医療機関名： 主治医名：					
2. 原因食物 (生活管理指導表 病型・病型・治療C参照)						
3. 給食・離乳食・おやつ (生活管理指導表 園での生活上の留意点参照)	アレルギー用調整粉乳(粉ミルク)の使用 □不要 □必要 (製品名： )					
	除去食品においてより厳しい除去が必要なもの □なし □ある ( ) その他の配慮・管理事項					
4. 原因食物を摂取後に起こる症状	□不明 □ある					
	□不明 □ある					
	□不明 □ある					
	アナフィラキシーの既往 □無 □有 原因食物： 具体的な症状： 最終発症年月 ( 年 月 ) ( 年 月 ) ( 年 月 )					
5. 園生活における留意点	食物・食材を扱う活動や運動など					
6. 家庭での食事・おやつの除去程度 (※園では完全除去対応)						
7. 緊急時に備えた処方薬 ( 有 ・ 無 )	□内服薬(保管場所： ) 内服するタイミング					
	□アドレナリン自己注射薬【エピペン®0.15mg】 (保管場所： ) 接種するタイミング					
8. 除去解除となった場合  ※2, 3, 4, 5, 6, に 記載してある原因食物を 赤色二重線見え消し訂正すること	除去解除食品	解除日 ※【除去解除申請書】も一緒に保管				
		年 月 日 ~				
		年 月 日 ~				
		年 月 日 ~				