

# 食物アレルギー児個別対応票

別紙 5

※印については保育所で記入します

保育所名	保育所	歳児(クラス)	記入日	年	月	日
ふりがな		生年月日	平成	年	月	日
児童氏名		男・女	①	続柄 ( )		
保護者氏名		緊急連絡先	②	( )		
			③	( )		

## 1 食物アレルギーの原因食材・食品(ご家庭での摂取状況)

食材・食品	ご家庭での摂取状況	食材・食品	ご家庭での摂取状況
例) 鶏卵	生は食べない、つなぎ等少量は食べる		

●調理中・工場の製造過程での混入(コンタミネーション) (可・不可)

### ※保育所給食での対応

例) 単品(乳製品)の除去、全部弁当対応 など

--

## 2 主な症状

- |                                    |                                |                                 |                                 |
|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 顔やからだがかゆい | <input type="checkbox"/> 顔が腫れる | <input type="checkbox"/> じんましん  | <input type="checkbox"/> ぐったりする |
| <input type="checkbox"/> かゆがる      | <input type="checkbox"/> 嘔吐    | <input type="checkbox"/> 下痢     | <input type="checkbox"/> 顔色の悪化  |
| <input type="checkbox"/> くしゃみ      | <input type="checkbox"/> 鼻水    | <input type="checkbox"/> のどの違和感 | <input type="checkbox"/> 皮膚炎の悪化 |
| <input type="checkbox"/> 咳         | <input type="checkbox"/> 喘息    | <input type="checkbox"/> 呼吸困難   | <input type="checkbox"/> その他( ) |

## 3 摂取した場合の対処法

家庭での対応

--

## 4 通院している病院と主治医

病院名 診療課名		主治医名	
電話		住所	

## 5 救急搬送先病院

病院名 診療課名		主治医名	
電話		住所	

6 治療の状況

			「有」の場合内容と使用法
内服薬・吸入・貼付	無	有	
保育所での内服薬保管の必要性	無	有	
エピペン	無	有	

7 アナフィラキシーを起こしたことがありますか

( 無 ・ 有 ( 時期: 回数: 回 ) )

※アナフィラキシーとは、アレルギー反応により、じんましんなどの皮膚症状、腹痛や嘔吐などの消化器症状、息苦しいなどの呼吸器症状が、複数同時に、かつ急激に出現した状態。

アナフィラキシーを起こしたときの原因食物と症状、対応

--

8 食物以外のアレルギーはありますか

( 無 ・ 有 ( 病名や治療: ))

※保育所生活での配慮(当番活動、製作、運動、遊びなど)

無・有	
-----	--

同意欄

上記について全職員で情報共有し、緊急時の場合は、診断書および症状に合わせて保育所に対応することに同意します。

年 月 日 保護者名

(面談日:平成 年 月 日)

※年度途中での変更点など

日付	内容