

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	

