

食物アレルギーチェック票

児童氏名（ふりがな）・生年月日・性別 （ ） 生年月日 年 月 日 男 ・ 女	保護者連絡先 氏名 （続柄） TEL （ ）
--	---------------------------------

給食の提供が可能か確認するため、食物アレルギーの状況を伺います。

※安全性を最優先に対応するため、アレルギーの状況により給食を提供できない場合があります。

1. 医師の指示又は症状が出たため除去している食品はありますか。

（ ある ・ ない ・ 摂取していないため不明 ）

「ある」場合は、以下のうち該当品目に○をつけるか、その他の食品欄にご記入ください。

特定原材料8品目	小麦 ・ 卵 ・ 乳 ・ くるみ・えび ・ かに ・ ※そば ・ ※落花生
準じるもの 20品目	いか ・ オレンジ ・ キウイフルーツ ・ ごま ・ さけ ・ さば ・ 大豆 鶏肉 ・ バナナ ・ 豚肉 ・ もも ・ やまいも ・ りんご ・ ゼラチン アーモンド ・ カシューナッツ ・ 牛肉 ※まつたけ ・ ※あわび ・ ※いくら
その他の食品	

※印の品目については給食では提供しません。（コンタミネーションはこのかぎりではありません）

※提供する品目は、施設により異なりますので、詳しくは各施設へお問い合わせください。

2. 食物アレルギーの症状が初めて出た時の状況と対応についてご記入ください。

* いつごろ _____ 年 月頃（ _____ 歳 か月頃）

* どのような時 _____

* どのような症状 発疹（顔・口周辺・目周辺・首・腹部・手足・背中） 嘔吐
 その他（ _____ ）

* その後どうしたか _____

* 医療機関の受診は （ した しない ）
↳ （ 医療機関名： _____ ）
（ 診断結果： _____ ）

3. アナフィラキシーショックを起こしたことがありますか。

(ない ある)

↳ 時期 _____ 年 _____ 月頃 (_____ 歳 _____ か月頃)

原因・症状 (_____)

4. 3で「ある」場合、緊急時に備えた処方薬はありますか。

抗ヒスタミン薬・ステロイド薬 (内服薬) アドレナリン自己注射薬 (エピペン)

その他 (_____)

5. 食物アレルギーについて、集団生活を送るうえで配慮が必要な事柄があれば、ご記入ください。

(_____)

※食物アレルギーが「ある」場合は、**生活管理指導票**をご提出いただきアレルギー面談を行います。

授乳・離乳食について伺います。(0・1・2歳児クラスの方のみ)

授乳・離乳食の状況

順調にすすんでいる、またはすすんでいましたか。

(はい ・ いいえ)

その他、配慮すべき事項について伺います。

宗教上等の理由により、食べられない食品や配慮が必要な事柄がありますか。

(はい ・ いいえ)

「はい」の方にお聞きします。

食べられない食材や配慮が必要な事柄をご記入ください。

(_____)

※ 宗教上等の理由により給食で食べられない食材がある場合は、面談を行います。

状況により、給食を提供できないことがあります。