

食物アレルギーチェック表

利用申込受付時用

ふりがな() 児童氏名： 生年月日： 年 月 日 性別：男・女	保護者 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)



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 ・ 目周辺 ・ 口周辺 ・ 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：(_____)

裏面もご記入ください。

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」の場合、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)

▶ いいえの場合、状況をご記入ください。

(_____)

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)

↳ 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。