

除去食確認シート（初回）

主治医様

検印	担当者印

保育所給食を開始するにあたり、食物アレルギー、アトピー性皮膚炎などのため、除去食が必要であれば、食物に関わる内容をお手数ですが、下記にご記入ください。

※ 保護者が記入した上で主治医にご提出ください

幼児名	(男・女)	保育所(園)名	
	生年月日 H . . (歳)		
保護者名		緊急連絡先	

主治医記載（必要時、別紙に記載し添付してください）

傷病名	食物アレルギー、右あれば○（アトピー性皮膚炎・蕁麻疹・気管支喘息・）				
症状	発赤・蕁麻疹、湿疹、咳・喘鳴、腹痛・嘔吐、その他（）				
原因食物	除去の程度				診断の根拠
□鶏卵	完全除去	加熱卵		生の加工品	生卵以外可
		少量含む可 (練り物・ハム・パン・中華麺等)	多く含む可 (ケーキ・フライの衣等)	卵料理可 (プリン・茶碗蒸し含)	
□牛乳・乳製品	完全除去、乳少量含む可、乳多く含む可、牛乳飲・チーズ塊・ヨーグ (食パン・調理バター等) (ハム・菓子パン等) ルト・脱脂粉乳飲 以外可				既往・負荷試験 血液検査・未摂取
□小麦	完全除去、_____で_____まで可 他()				既往・負荷試験 血液検査・未摂取
□	完全除去、_____で_____まで可 他()				既往・負荷試験 血液検査・未摂取
□	完全除去、_____で_____まで可 他()				既往・負荷試験 血液検査・未摂取
アナフィラキシー既往	□無 □有→(現在おこす可能性 □無 ・ □有→下記へ詳細) (原因食物 / 症状)				
緊急時の対応・処方薬	原因食品の摂取時には、保護者に連絡し対応してください □緊急の対応が必要となる可能性は少ない □緊急の場合には以下の対応が必要。薬名/飲ませるタイミング □内服薬：抗ヒスタミン薬 (/) 経口ステロイド薬 (/) □エピペン *緊急時は医療機関に連絡し受診して下さい				
保育所での留意	給食・離乳食 : □管理不要 □保護者と相談し決定 食物・食材を扱う活動(吸い込む、触れる): □管理不要 □保護者と相談し決定 その他 ()				
備考 (必要時別紙添付)					
次回見直し時期	□3か月後 □6か月後 □1年後 □その他()				

記載日

平成 年 月 日

医療機関名

電話番号

主治医氏名

印