**除 去 食 確 認 シ ー ト（　　　回目）**

主 治 医 様

保育施設での給食において、次のとおり「除去食」を実施していますが、除去対応の必要性の有無及び変更内容について、お手数ですが　　内にご記入ください。　※ 　　　内は保護者が記入した上で主治医にご提出ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童名  生年月日 | （ 男・女 ）  　　・　　・　　　（　　　歳） | 施設名 |  |
| 保護者名 |  | 緊急連絡先 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **前回の指示事項　※保育施設記入** | 原因食物 | | 除去の程度 | | |
| □**鶏卵**  □**牛乳・乳製品**  □  □ | | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **完全**  **除去** | 加熱卵 | | | **生の加工品可** | **生卵・生の卵白が**  **含まれる食品以外可** | | **少量含む可** | **多く含む可** | **卵料理可** |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **完全除去** | **少量含む可** | **多く含む可** | **そのもの以外可** |   完全除去、　　　　　　で　 　 まで可  　他(　 　　　　　　　　　　　　 　 　　 )  完全除去、　　　　　　で　 　 まで可  　他(　 　　　　　　　　　　　　 　 　　 ) | | |
| **アナフィラキシー** | | | 既往：**□** 無 ・ **□** 有（原因食物　　　　　／ 症状　　　　　　　　）  現在おこす可能性： **□** ほとんどない　・　**□** 低い ・ **□** 高い | |
| **緊急時の対応・処方薬** | | | **□ 内服薬（薬名　　　　　　　　　　）　□ エピペン** | |
| **保育所での生活上の留意点** | | | **□**給食（離乳食含む）：　**□**管理不要 **□**保護者と相談し決定  **□**食物・食材を扱う活動（クッキングなど）：　**□**管理不要 **□**保護者と相談し決定  **□**その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| **備考** | | |  | **□** 薬との食べ合わせによる除去が必要  病名：　　　　 　除去食品名： |
| **前回の記載日** | | | 平成　　　　年　　　　月　　　　日 | |
| **前回からの変更　□有**　※変更のある項目に☑　　　　　　**□無** | | | | | |
| **今回の指示事項（変更「有」の場合）　※主治医記入** | □除去食の解除 | 原因物質（　　　　　　　　　　　　　　　　）を解除します | | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | 原因食物 | 除去の程度 | 診断の根拠 | | □**鶏卵**  □**牛乳・**  **乳製品**  □  □ | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **完全除去** | 加 熱 卵 | | | **生の加工品可**  （卵黄型マヨネーズ・カスタードクリーム等） | **生卵・生の卵白が含まれる食品**（全卵型マヨネーズ等）**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**  （卵焼き・プリン・茶碗蒸し含む） |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **完全除去** | **少量含む可**  （食パン・調理にバターを使用した食品等） | **多く含む可**  （プリン、クリームシチュー、  菓子パン等） | **そのもの以外可**  （牛乳飲・チーズ塊・  ヨーグルト・脱脂粉乳飲等） |  |  | | --- | | 完全除去、　　　　　　で　 　 まで可  　他(　 　　　　　　　　　　　　 　 　　 ) | | 完全除去、　　　　　　で　 　 まで可  　他(　 　　　　　　　　　　　　 　 　　 ) | | 既往・負荷試験  血液検査・未摂取  既往・負荷試験  血液検査・未摂取  既往・負荷試験  血液検査・未摂取 |   □除去の程度の変更　※必要に応じて、別紙（様式自由）を添付してください | | | | |
| □**アナフィラキシー** | | 既往：**□** 無 ・ **□** 有（原因食物　　　　　　／ 症状　　　　　　　　　　）  現在おこす可能性： **□** ほとんどない　・　**□** 低い ・ **□** 高い | | |
| □**緊急時の対応・処方薬**  ＊緊急時は医療機関を受診 | | **□ 内服薬（薬名　　　　　　　　　　）**  **□ エピペン　⇒使用時には救急車を要請してください** | | |
| □**保育所での生活上の留意点** | | **□**給食・離乳食：　　　　　　　　　　 **□**管理不要 **□**保護者と相談し決定  **□**食材を扱う活動（クッキングなど）：　**□**管理不要 **□**保護者と相談し決定  **□**その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　） | | |
| **備考** | |  | | **□** 薬との食べ合わせによる除去が必要  病名：　　　　 　除去食品名： |
| **次回見直し時期** | | | □３か月後　□６か月後　□１年後　□不調時　□その他（　　　　　　　） | | |

**記載日　　　　　　　　　　　　　　医療機関名**

　　**年**　　**月**　　**日　　　　　電話番号**

　　**主治医氏名**　　 　　　　　　　　　　　　　　印