**除 去 食 確 認 シ ー ト（ 初回 ）**

主 治 医 様

 保育施設での給食において、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、その対応について　　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 |  |

主治医記入（あてはまる項目に○印及び**☑**してください。必要に応じて、別紙（様式自由）を添付してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 傷病名 | **食物アレルギー　　　　　＊薬との食べ合わせによる除去が必要な場合は備考欄に記入** |
| 摂食時の症状 | 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**□**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・・脱脂粉乳飲・チーズ塊・ヨーグルト等） |

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（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**＊緊急時は医療機関に連絡し、受診して下さい | **□** 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投薬が必要 （　 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　⇒※使用時には救急車を要請してください**　　　　　　　 |
| **保育施設での****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**(必要時別紙添付) | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | **□** 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