

# 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	( 男・女 )	施設名	
生年月日	. . ( 歳 )		
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				
	<input type="checkbox"/> 鶏卵	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
	<input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品	完全除去	少量含む可	多く含む可	卵料理可	そのもの以外可
	<input type="checkbox"/>	完全除去、_____で_____まで可 他( _____ )				
	<input type="checkbox"/>	完全除去、_____で_____まで可 他( _____ )				
	アナフィラキシー	既往： <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (原因食物 _____ / 症状 _____ ) 現在おこす可能性： <input type="checkbox"/> ほとんどない ・ <input type="checkbox"/> 低い ・ <input type="checkbox"/> 高い				
	緊急時の対応・処方薬	<input type="checkbox"/> 内服薬 (薬名 _____ ) <input type="checkbox"/> エピペン				
	保育所での生活上の留意点	<input type="checkbox"/> 給食 (離乳食含む)： <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 保護者と相談し決定 <input type="checkbox"/> 食物・食材を扱う活動 (クッキングなど)： <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 保護者と相談し決定 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )				
備考	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 除去食の解除	原因物質 ( _____ ) を解除します					
	<input type="checkbox"/> 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					
	原因食物	除去の程度				診断の根拠	
	<input type="checkbox"/> 鶏卵	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 (全卵型マヨネーズ等) 以外可	既往・負荷試験 血液検査・未摂取
	<input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品	完全除去	少量含む可	多く含む可	卵料理可	そのもの以外可	既往・負荷試験 血液検査・未摂取
	<input type="checkbox"/>	完全除去、_____で_____まで可 他( _____ )					
	<input type="checkbox"/>	完全除去、_____で_____まで可 他( _____ )					
	<input type="checkbox"/> アナフィラキシー	既往： <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (原因食物 _____ / 症状 _____ ) 現在おこす可能性： <input type="checkbox"/> ほとんどない ・ <input type="checkbox"/> 低い ・ <input type="checkbox"/> 高い					
<input type="checkbox"/> 緊急時の対応・処方薬	<input type="checkbox"/> 内服薬 (薬名 _____ ) <input type="checkbox"/> エピペン ⇒ 使用時には救急車を要請してください *緊急時は医療機関を受診						
<input type="checkbox"/> 保育所での生活上の留意点	<input type="checkbox"/> 給食・離乳食： <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 保護者と相談し決定 <input type="checkbox"/> 食材を扱う活動 (クッキングなど)： <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 保護者と相談し決定 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )						
備考	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 3か月後 <input type="checkbox"/> 6か月後 <input type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 不調時 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )						

記載日

年 月 日

医療機関名

電話番号

主治医氏名

印