

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	(男・女)	施設名	
生年月日	. . (歳)		
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			
<input type="checkbox"/> 鶏卵	完全除去	加熱卵 少量含む可 (練り物・ ハム・パン・ 中華麺等)	加熱卵 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)	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	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 (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 チュウ、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)	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()			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()			既往・負荷試験 血液検査・未摂取			
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 *緊急時は医療機 関に連絡し、受診 して下さい	<input type="checkbox"/> 緊急の対応が必要となる可能性は少ない <input type="checkbox"/> 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) ↳ <input type="checkbox"/> 内服薬：抗ヒスタミン薬 () / 経ロステロイド薬 () <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 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）： <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 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	<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