様式③－1

食物アレルギー確認表

（4月新入所）

入所保育所	保育所

平成　　年　　月　　日

(フリガナ) 児童氏名		男・女	生年月日	平成　　年　　月　　日

①入所決定の通知書類に同封されている「食物アレルギーの対応についてのお知らせ」をご覧になりましたか？	見た　・　見ていない
②今まで、食べ物を食べてアレルギー反応を起こしたことがありますか？	ある　・　ない
③それは何を食べて、どのような症状でしたか？	（食品） （症状）
④その時、病院に行きましたか？	行った　・　行かない
⑤今までに強いアレルギー反応（アナフィラキシーショック）を起こしたことがありますか？	ある　・　ない
⑥それは、何歳のときでしたか？	歳　　ヶ月
⑦何を食べたときに起きましたか？	
⑧食べてはいけない食品がありますか？	
⑨それは医師からの指示ですか？	指示あり　・　指示なし
＊「医師の指示がない」場合は、給食ではアレルギーの原因になっている食品を除去していくことができませんので、除去の対応が必要であれば、医師の診断と指導に基づく「生活管理指導表」（上尾市用）が必要になります。	
⑩定期的に通院していますか？ ＊食物アレルギー対応マニュアルでは必要時、もしくは最低1年に1回を目安としています。	はい（　　ヶ月に　　回） いいえ
⑪家庭ではどのように対応していますか？ ＊医師の指示に変更が出た場合は、早めに保育所へお知らせください。	
⑫エピペンの処方はありますか。	ある　・　ない
⑫保育所給食で除去対応を希望する・希望しない場合でも、医師の診断と指導に基づく「生活管理指導表」（上尾市用）を提出した上で、対応することに同意しますか。	同意する　・　同意しない

保育所記入欄	
	記入者

給食での対応は医師の診断に基づく、食べられない食品を除いた形での提供になります。（完全除去食）

除去で対応したときに、献立として不足する場合など、家庭から食材や調理品を持参していただくこともあります。

上尾市保育課