

※アレルギーがない場合は、提出不要です。

入所前食物アレルギー児童状況確認票

★ 以下の基本情報をご記入ください。本紙は、必ず主に調理する方が記入してください。

記入日	年 月 日
記入者氏名	
児童氏名(ふりがな)	
生年月日	年 月 日
第1希望施設名	
アレルゲン	
食物アレルギーで 医療機関に 受診していますか	☐ はい 直近の受診日： 年 月 日 ↓ 医療機関の受診結果について下記表に詳細をご記入ください。 ☐ いいえ

★ 現在、食物アレルギーによる配慮を行っている食材に○をつけ、不可の食材を具体的に記入してください。
また、同食材について、アナフィラキシー既往歴と食材への接触の配慮について記入してください。

★ 医師の診断の元での対応となります。

食材名		不可の食材を具体的に記入してください	アナフィラキシー 既往歴	食材への 接触の配慮
1	鶏卵		有 ・ 無	必要 ・ 不要
2	牛乳・乳製品		有 ・ 無	必要 ・ 不要
3	小麦粉		有 ・ 無	必要 ・ 不要
4	ソバ		有 ・ 無	必要 ・ 不要
5	ピーナッツ		有 ・ 無	必要 ・ 不要
6	大豆		有 ・ 無	必要 ・ 不要
7	大豆製品		有 ・ 無	必要 ・ 不要
8	ゴマ		有 ・ 無	必要 ・ 不要
9	ナッツ類		有 ・ 無	必要 ・ 不要
10	甲殻類		有 ・ 無	必要 ・ 不要
11	軟体類		有 ・ 無	必要 ・ 不要
12	貝類		有 ・ 無	必要 ・ 不要
13	魚卵		有 ・ 無	必要 ・ 不要
14	魚類		有 ・ 無	必要 ・ 不要
15	肉類		有 ・ 無	必要 ・ 不要
16	果物		有 ・ 無	必要 ・ 不要
17	味噌		有 ・ 無	必要 ・ 不要
18	醤油		有 ・ 無	必要 ・ 不要
19	酢		有 ・ 無	必要 ・ 不要
20	その他		有 ・ 無	必要 ・ 不要

★ アレルギーがある場合、施設によっては受け入れできない可能性があります。
入所選考(利用調整)までに希望施設の見学を行い、確認をお願いします。

※アレルギーがない場合は、提出不要です。

入所前食物アレルギー児童状況確認票

記入例

★ 以下の基本情報をご記入ください。本紙は、必ず主に調理する方が記入してください。

記入日	〇〇 年 〇 月 〇 日
記入者氏名	明石 鯛子
児童氏名(ふりがな)	明石 銀次郎(あかし ぎんじろう)
生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日
第1希望施設名	明石保育園
アレルゲン	卵、牛乳・乳製品、ゴマ、エビ
食物アレルギーで 医療機関に 受診していますか	☒ はい 直近の受診日： 〇〇年〇月〇日 ↓ 医療機関の受診結果について下記表に詳細ご記入ください。 ☐ いいえ

★ 現在、食物アレルギーによる配慮を行っている食材に○をつけ、不可の食材を具体的に記入してください。

また、同食材について、アナフィラキシー既往歴と食材への接触の配慮について記入してください。

★ 医師の診断の元での対応となります。

食材名		不可の食材を具体的に記入してください	アナフィラキシー 既往歴	食材への 接触の配慮
1	鶏卵	卵白のみ不可	有 ☒ 無 ☐	必要 ☒ 不要 ☐
2	牛乳・乳製品	乳製品全般不可	有 ☒ 無 ☐	必要 ☒ 不要 ☐
3	小麦粉		有 ☐ 無 ☐	必要 ☐ 不要 ☐
4	ソバ		有 ☐ 無 ☐	必要 ☐ 不要 ☐
5	ピーナッツ		有 ☐ 無 ☐	必要 ☐ 不要 ☐
6	大豆		有 ☐ 無 ☐	必要 ☐ 不要 ☐
7	大豆製品		有 ☐ 無 ☐	必要 ☐ 不要 ☐
8	ゴマ	全除去	有 ☒ 無 ☐	必要 ☒ 不要 ☐
9	ナッツ類		有 ☐ 無 ☐	必要 ☐ 不要 ☐
10	甲殻類	エビ	☒ 有 ☐ 無 ☐	☒ 必要 ☐ 不要 ☐
11	軟体類		有 ☐ 無 ☐	必要 ☐ 不要 ☐
12	貝類		有 ☐ 無 ☐	必要 ☐ 不要 ☐
13	魚卵		有 ☐ 無 ☐	必要 ☐ 不要 ☐
14	魚類		有 ☐ 無 ☐	必要 ☐ 不要 ☐
15	肉類		有 ☐ 無 ☐	必要 ☐ 不要 ☐
16	果物		有 ☐ 無 ☐	必要 ☐ 不要 ☐
17	味噌		有 ☐ 無 ☐	必要 ☐ 不要 ☐
18	醤油		有 ☐ 無 ☐	必要 ☐ 不要 ☐
19	酢		有 ☐ 無 ☐	必要 ☐ 不要 ☐
20	その他		有 ☐ 無 ☐	必要 ☐ 不要 ☐