

※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	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