

保育所名		クラス	
名前		生年月日	年 月 日 ( 歳 ヶ月)
保護者名		緊急連絡先	Tel

**食物アレルギー指示書**

	記入欄	除去すべき食品	参考代表例	備考
卵		生卵	マヨネーズ, アイスクリーム	
		卵を用いた料理, 菓子 (充分加熱)	親子丼, オムレツ, いら卵, プリン, カステラ	
		つなぎ程度に使用する卵	卵を使ったパン, 肉団子, 練り製品	
牛乳		牛乳 (飲用)		
		乳製品・乳飲料	ヨーグルト, チーズ, 乳酸菌飲料	
		牛乳を用いた料理・菓子	クリームシチュー, グラタン, プリン, ケーキ	
大豆		牛乳を少量使用した料理	パン, フライ	
		大豆及び大豆加工食品	豆腐, 油揚げ, おから, 豆乳, きな粉, 枝豆	
		大豆油, 大豆油を用いた加工食品	マーガリン, 揚げ物, ケーキ, スナック菓子	
		大豆から作られる調味料	味噌, しょうゆ	
小麦		大豆以外の豆類	いんげん, そら豆, 小豆, さやえんどう, もやし	
		小麦を主成分とした食品	麺類	
		小麦を含む食品	肉製品のつなぎ, カレー, てんぷら	
その他の食品		その他の麦 ( )	麦ごはん, 麦茶	
		そば		
		甲殻類 ( )		
		果物 ( )		
		魚・魚卵 ( )		
		種実類 ( )		

**生活管理指導表**

病型・治療 A アナフィラキシーの既往 有 無		D 緊急に備えた処方薬 <input type="checkbox"/> 内服薬 ( 抗ヒスタミン・ステロイド ) <input type="checkbox"/> エピペン® <input type="checkbox"/> その他 ( )
B 食物アレルギー病型 <input type="checkbox"/> 即時型 <input type="checkbox"/> 食物アレルギーの関与するアトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 口腔アレルギー症候群 <input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー <input type="checkbox"/> その他 ( )		保育所での生活上の留意点 A 給食・離乳食 <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 保護者と相談し決定 B アレルギー用調整粉乳 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ( )
C 原因食物・除去根拠 ※除去根拠①～④の該当項目をすべて記載 1 鶏卵 ( ) 7 果物 ( ) 2 牛乳, 乳製品 ( ) 8 魚類 ( ) 3 大豆 ( ) 9 種実類 ( ) 4 小麦 ( ) 10 肉類 ( ) 5 そば ( ) 11 その他 ( ) 6 甲殻類 ( )		C 食物・食材を扱う活動 <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 保護者と相談し決定 D 運動 <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 保護者と相談して決定 E 宿泊を伴う所外活動 <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 保護者と相談して決定 F 通常の除去食対応では必要ないが, 特に配慮が必要なもの <input type="checkbox"/> 卵殻カルシウム <input type="checkbox"/> 乳糖 <input type="checkbox"/> 醤油, 酢, 味噌 <input type="checkbox"/> 大豆油, 醤油, 味噌 <input type="checkbox"/> ごま油 <input type="checkbox"/> かつおだし, いらこだし <input type="checkbox"/> 肉エキス
【除去根拠】①明らかな症状の既往 ②食物負荷試験陽性 ③IgE抗体等検査結果陽性 ④未摂取		医療機関名 (Tel) 医師名 印

※本様式を活用するに当たっては、所内委員会等で誤食防止に関する十分な協議を行い、体制を整備した上で活用してください。