

食物アレルギー児個別対応確認書

様式6

園児名	性別	クラス	生年月日	アナフィラキシー	エピペン	有・無	持参薬	有・無
	男・女		年 月 日 (歳 か月)	有・無	保管場所		保管場所	
					使用期限		内容	内服・点眼

原因食物	鶏卵	保護者 確認	牛乳・乳製品	保護者 確認	小麦	保護者 確認	保護者 確認	保護者 確認	アレルギー対応委員会 開催日
除去開始日	年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日
解除日	年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日

○食物アレルギーの病型

1. 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎
2. 即時型
3. その他(新生児乳児消化管アレルギー・口腔アレルギー症候群・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・その他)

○アナフィラキシー病型

1. 食物(原因:)
2. その他(医薬品・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・ラテックスアレルギー)

○具体的な配慮と対応

	チェック	対応の内容	対応が変更になった場合の記入欄			緊急時の対応等		
給食・おやつ		給食・おやつの内容: 完全除去 弁当持参 喫食時の席: 通常通り 別卓にする その他の配慮事項:	給食・おやつの内容: 完全除去 弁当持参 喫食時の席: 通常通り 別卓にする その他の配慮事項:			注意すべき症状		
食物・食材を扱う活動						緊急時の対応 上記の症状が出た場合、 <input type="checkbox"/> 主治医へ連絡する <input type="checkbox"/> 救急車をすぐ呼ぶ <input type="checkbox"/> その他 ()		
運動								
園外保育						緊急時に搬送を希望する医療機関 ⇒有・無 ・有の場合 病院名: 主治医名: 連絡先: ・無の場合 東京慈恵会医科大学附属第三病 院へ搬送を希望		
持参薬 (エピペン以外)		保管場所()	保管場所()					
その他 保護者との協議内容						経口免疫療法の実施状況		
確認欄		確認日 年 月 日	園長のサイン	保護者のサイン	確認日 年 月 日	園長のサイン	保護者のサイン	緊急連絡先