様式6

食物アレルギー児個別対応確認書

園児名	性別	クラス	生年月日	アナフィラキシー
	男･女		年　月　日 （　歳　か月）	有 ・ 無

エピペン	有 ・ 無	持参薬	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
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	

アレルギー対応委員会開催日
年 月 日
年 月 日

〇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　）

〇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　）

〇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, □主治医へ連絡する □救急車をすぐ呼ぶ □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:
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				･無の場合 東京慈恵会医科大学西部医療センター (旧慈恵第三病院)へ搬送を希望 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