

食物アレルギー対応の手順

保護者用

新入所園児

入所申込時（申込み完了後）

市ホームページから書類をダウンロードする

※データは、

「お申し込み時の注意事項ー申込み完了後ー食物アレルギー対応の手順」からダウンロードできます。

※印刷が難しい場合は、市役所子育て支援課/藤代庁舎藤代総合窓口課で書類を配布しています。

<ダウンロードする書類>

- 食物アレルギー対応の手順（当書類）
 - 食物アレルギー除去食依頼書（様式1）
 - 保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表（様式2）
- ※様式2は、2枚で1セットです。

在園児・次年度以降の対応

入所している保育施設等から書類を受け取る

- 食物アレルギー除去食依頼書（様式1）
- 保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表（様式2）

※対応内容に変更がない場合でも、引き続き対応を希望する場合は、1年に1回「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表」の提出が必要となります。

医療機関の受診

医師が「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表（様式2）」を記入(作成)

※医療機関の受診・文書料は保護者負担となります。

個別面接(面談)の実施

入所内定、又は、入所中の施設長、担当保育士、給食担当者（調理師・栄養士等）と面接(面談)を行い、食物アレルギーの状況、医師からの指示内容を確認し、給食の対応内容等を検討・確認します。

<提出書類>

- 食物アレルギー除去食依頼書（様式1）
- 保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表（様式2）
- アレルギー検査結果表（直近で検査をしたもの）

※「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表」と「食物アレルギー除去食依頼書」は必ず提出願います。

対応開始

医師の指示に基づいて、食物アレルギーの対応を開始します。

※医師の指示内容、除去食希望食品が変更となる時は、入所中の施設へお知らせください。

面談を行い、対応内容確認後から対応が変更となります。

※対応が変更になる場合、改めて「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表（様式2）」の提出をお願いする場合があります。

保護者 各位

取手市役所
子育て支援課長

給食の除去食・代替食希望について

本市保育施設では、アレルギー症状のある児童で給食の除去食や代替食を希望する場合は、病院での検査結果および保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表を提出していただいております。それに基づき、保護者・保育士・調理師による面談を実施し個別対応を検討してまいりますので、下記により提出くださいますようお願いいたします。

記

1. 提出物
 - ・食物アレルギー除去食依頼書（様式1）
 - ・保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表（様式2）
 - ・直近のアレルギー検査の結果

※様式2については、医師に記載の依頼をしてください

2. 提出時期 保育施設面接日

※期日までに提出できない場合は、入所が内定した保育施設に連絡の上書類が揃い次第速やかに提出してください

3. 提出先 入所が内定した保育施設

<p>問い合わせ先 取手市役所 子育て支援課 取手市寺田5139 0297-74-2141(内線1346)</p>

(様式1)

食物アレルギー除去食依頼書 (新規・継続)

施設長様

食物アレルギーによる保育施設等での給食対応については、「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表」に基づいた食物の除去を希望します。

なお、アレルギー除去食の給食実施にあたり、その対応については、保育施設等の説明を受け同意いたします。

(ふりがな) 児童名				(男・女)	
クラス		生年月日	年	月	日
住所	〒			自宅 電話	
緊急 連絡先順	①	氏名: (続柄:) 勤務先名: 勤務先電話:	携帯電話		
	②	氏名: (続柄:) 勤務先名: 勤務先TEL:	携帯 番号		
かかりつけ 医療機関 主治医	医療機関名: 主治医:			電話 番号	
除去食 希望 食品名					
エピペン 処方	あり・なし				

令和 年 月 日

保護者氏名(自署) _____

医療機関 各位

取手市役所
子育て支援課長

「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表」記入のお願い

日頃より保育業務にご理解ご協力いただき深く感謝いたします。

さて、アレルギー疾患を有する子どもが年々増加傾向にありますが、本市保育施設では、「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」（厚生労働省）に基づき、給食の除去食・代替食に対応しております。

つきましては、業務ご多忙の中、大変恐縮ですが別紙「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表」（様式2）にご記入いただきますようお願い申し上げます。

問い合わせ先

取手市役所 子育て支援課

取手市寺田 5139

0297-74-2141（内線 1346）

(様式2) 保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表(食物アレルギー・アナフィラキシー・気管支ぜん息)

提出日 年 月 日

名前 男・女 年 月 日生(歳 ヶ月) 組

※この生活管理指導表は、保育所の生活において特別な配慮や管理が必要となった子どもに限って、医師が作成するものです。

アナフィラキシー(あり・なし) 食物アレルギー(あり・なし)	病型・治療		保育所での生活上の留意点		緊急連絡先 ★保護者 電話: ★連絡医療機関 医療機関名: 電話:
	A. 食物アレルギー病型 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)		A. 給食・離乳食 1. 管理不要 2. 管理必要(管理内容については、病型・治療の C、欄及び下記 C、E 欄を参照)		
B. 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・ 昆虫・動物のフケや毛)		B. アレルギー用調整粉乳 1. 不要 2. 必要 下記該当ミルクに○、又は()内に記入 ミルフィーHP ・ ニューMA-1 ・ MA-mi ・ ペブディエット ・ エレメンタルフォーミュラ その他()		E. 特記事項 (その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定)	
C. 原因食品・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ「>>」内に除去根拠を記載 1. 鶏卵 << >> [除去根拠] 2. 牛乳・乳製品 << >> 該当するもの全てを<< >>内に番号を記載 3. 小麦 << >> ①明らかな症状の既往 4. ソバ << >> ②食物負荷試験陽性 5. ピーナッツ << >> ③IgE 抗体等検査結果陽性 6. 大豆 << >> ④未摂取 7. ゴマ << >> 8. ナッツ類* << >> (すべて・クルミ・カシューナッツ・アーモンド・) 9. 甲殻類* << >> (すべて・エビ・カニ・) 10. 軟体類・貝類* << >> (すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ・) 11. 魚卵* << >> (すべて・イクラ・タラコ・) 12. 魚類* << >> (すべて・サバ・サケ・) 13. 肉類* << >> (鶏肉・牛肉・豚肉・) 14. 果物類* << >> (キウイ・バナナ) 15. その他 () 「*は()の中の該当する項目に○をするか具体的に記載すること」		C. 除去食品においてより厳しい除去が必要なもの 病型・治療の C、欄で除去の際に、より厳しい除去が必要となるものみに○をつける ※本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した料理については、給食対応が困難となる場合があります。			
D. 緊急時に備えた処方薬 1. 内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) 2. アドレナリン自己注射薬「エピペン®」 3. その他()		D. 除去食品においてより厳しい除去が必要なもの 1. 鶏卵: 卵殻カルシウム 2. 牛乳・乳製品: 乳糖 3. 小麦: 醤油・酢・麦茶 6. 大豆: 大豆油・醤油・味噌 7. ゴマ: ゴマ油 12. 魚類: かつおだし・いりこだし 13. 肉類: エキス		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名 電話	
病型・治療		保育所での生活上の留意点			
気管支ぜん息(あり・なし)	A. 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良		A. 寝具に関して 1. 管理不要 2. 防ダニシーツ等の使用 3. その他の管理が必要()		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名 電話
	B. 長期管理薬 (短期追加治療薬を含む) 1. ステロイド吸入薬 剤形: 投与量(日): 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 3. DSCG 吸入薬 4. ベータ刺激薬(内服・貼付薬) 5. その他()		B. 動物との接触 1. 管理不要 2. 動物への反応が強いため不可 動物名() 3. 飼育活動等の制限()		
C. 急性増悪(発作)治療薬 1. ベータ刺激薬吸入 2. ベータ刺激薬内服 3. その他		C. 外遊び、運動に対する配慮 1. 管理不要 2. 管理必要 (管理内容:)			
D. 急性増悪(発作)時の対応 (自由記載)		D. 特記事項 (その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定)			

●保育所における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を保育所の職員及び消防機関・医療機関等と共有することに同意しますか。

- ・同意する
- ・同意しない

保護者氏名

(様式2) 保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表(アトピー性皮膚炎・アレルギー性結膜炎・アレルギー性鼻炎)

提出日 年 月 日

名前 男・女 年 月 日生(歳 ヶ月) 組

※この生活管理指導表は、保育所の生活において特別な配慮や管理が必要となった子どもに限って、医師が作成するものです。

アトピー性皮膚炎 (あり・なし)	病型・治療			保育所での生活上の留意点		記載日
	アレルギー性結膜炎 (あり・なし)	A. 重症度のみやす(厚生労働科学研究班) 1.軽症:面積に関わらず、軽度の皮疹のみみられる。 2.中等症:強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満にみられる。 3.重症:強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満にみられる。 4.最重症:強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上にみられる。 ※軽度の皮疹:軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変 1. 食物によるアナフィラキシー (原因:) 2. その他 ※強い炎症を伴う皮疹:紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変			A. プール・水遊び及び長時間の紫外線下での活動 1.管理不要 2.管理必要 ()	
B-1. 常用する外用薬 1.ステロイド軟膏 2.タクロリムス軟膏 (「プロトピック®」) 3.保湿剤 4.その他()			B. 動物との接触 1.管理不要 2.動物への反応が強いため不可 動物名 () 3.飼育活動等の制限 () 4.その他 ()		D. 特記事項 (その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、 医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は保育所が保護者と 相談のうえ決定)	
B-2. 常用する内服薬 1.抗ヒスタミン薬 2.その他()			C. 発汗後 1.管理不要 2.管理必要(管理内容:) 3.夏季シャワー浴 (施設で可能な場合)			医師名
C. 食物アレルギーの合併 1.あり 2.なし					医療機関名	
					電話	
アレルギー性結膜炎 (あり・なし)	病型・治療			保育所での生活上の留意点		記載日
	A. 病型 1.通年性アレルギー性結膜炎 2.季節性アレルギー性結膜炎(花粉症) 3.春季カタル 4.アトピー性角結膜炎 5.その他()			A. プール指導 1.管理不要 2.管理必要(管理内容:) 3.プールへの入水不可		年 月 日
B. 治療 1.抗アレルギー点眼薬 2.ステロイド点眼薬 3.免疫抑制点眼薬 4.その他()			B. 屋外活動 1.管理不要 2.管理必要(管理内容:)		医師名	
					医療機関名	
					電話	
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)	病型・治療			保育所での生活上の留意点		記載日
	A. 病型 1.通年性アレルギー性鼻炎 2.季節性アレルギー性鼻炎(花粉症) 主な症状の時期: 春・夏・秋・冬			A. 屋外活動 1.管理不要 2.管理必要(管理内容:)		年 月 日
B. 治療 1.抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬(内服) 2.鼻噴霧用ステロイド薬 3.舌下免疫療法 4.その他			B. 特記事項 (その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定)		医師名	
					医療機関名	
					電話	

●保育所における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を保育所の職員及び消防機関・医療機関等と共有することに同意しますか。

- ・同意する
- ・同意しない

保護者氏名 _____