

平成 年 月 日

担当医様

学校法人 泉北成晃学院
成晃ひかり幼稚園 園長
成晃ひかり保育園 園長

食物アレルギーの除去指示書記入について(依頼)

日頃は園児の健康管理につきまして、格別のご指導ご協力を賜り、厚く御礼を申し上げます。

当園では食物アレルギーを持つ園児の給食対応を健康管理上必要なことと考え、保護者から申し出があった場合に限り、保護者が医師の食事指示を受け、保護者の責任の下に行っている食事内容の範囲で給食対応をさせていただいております。

つきましては、下記園児の保護者から食物アレルギーに対応する給食の依頼申し出がありましたので、ご高診の所見等から、別紙「食物アレルギー除去指示書」にご記入いただき、保護者にお渡し下さい。よろしくお願ひ致します。

記

1. 園児名 _____

 2. 保護者名 _____

 3. 園 名 _____ 学校法人 泉北成晃学院 成晃ひかり幼稚園 成晃ひかり保育園
- 住所 _____ 堺市南区城山台 1-8-3
- 電話 _____ (幼稚園)072-298-2712 (保育園)072-298-2708

以上

食物アレルギー除去指示書

名前 _____ (男 ・ 女)

生年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

診断名① _____ ② _____ ③ _____

● 除去食指示 別紙の通り

● 摂取した場合に出現する可能性のある症状(該当する項目に○)

即時型反応 ・ ショック ・ 咳き込み ・ 呼吸困難 ・ 嘔吐、腹痛
・ 顔面紅潮 ・ じんましん ・ その他
(_____)

非即時型反応 ・ 湿疹 ・ 掻痒感 ・ 下痢
・ その他(_____)

● アナフィラキシーショック症状の既往(該当する項目に○) あり ・ なし

「あり」の場合：原因食物(_____)
発生年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

● 原因食物摂取時に症状が出現した場合の対応方法(該当する項目に○)

① 内服薬(_____)

② 医療機関受診

医療機関名(_____)

電話番号(_____)

● 本指示書の内容に関しては(3ヶ月後 ・ 6ヵ月後 ・ 12ヵ月後)に再評価が必要です。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病院名 _____

担当医 _____ 印

(別紙)

組 名前

● 食品、調理法によって除去する必要があるものには、すべて○をつけて下さい。

食 品	給食の献立
生卵を含む加工品	マヨネーズ
練り製品のつなぎ	ちくわ、はんぺん、ハム、かまぼこ、ハム、ウィンナー
加工品	焼き豚、天ぷら粉(卵入り)、黒糖パン、ロールパン
生の牛乳	牛乳、生クリーム
加熱した牛乳が主となる料理	グラタン、ホワイトシチュー
牛乳を使った料理	パン、ケーキ、蒸しパン
乳製品	ヨーグルト、バター、チーズ
加工品	お菓子、カレールウ
大豆	大豆、枝豆、もやし
大豆製品	きな粉、豆腐、おから、豆乳、味噌、しょうゆ
大豆油	大豆油、サラダ油、ごま油、うす揚げ、さつまあげ
豆類	小豆、グリーンピース、いんげん
小麦製品	うどん、パスタ、マカロニ、パン、麩
小麦を主に使った料理	ケーキ、クッキー、パン
小麦を少量使った料理	ハンバーグ、天ぷら、フライ
米、野菜、果物、調味料など、他にも除去が必要な場合は具体的に記入して下さい。 その他、生活上での配慮や注意事項などの記入願います。	