

* アレルギーがない場合は、提出不要です。

入所前食物アレルギー児童状況確認票

★以下の基本情報をご記入ください。本紙は、必ず主に調理する方が記入してください。

記入日	年 月 日
記入者名	
児童名(ふりがな)	
生年月日	年 月 日
第1希望施設名	
アレルゲン	
症状	
食物アレルギーで医療機関を受診していますか	<input type="checkbox"/> はい 検査方法:血液検査・食物負荷試験・その他() 直近の検査実施日: 年 月 日 <input type="checkbox"/> いいえ

★現在、食物アレルギーによる配慮を行っている食材に○をつけ、不可の食材を具体的に記入してください。
また、同食材について、アナフィラキシー既往歴と食材への接触の配慮について記入してください。

食材名	不可の食材を具体的に記入してください	アナフィラキシー 既往歴	食材への 接触の配慮
1 鶏卵		有・無	必要・不要
2 牛乳・乳製品		有・無	必要・不要
3 小麦粉		有・無	必要・不要
4 ソバ		有・無	必要・不要
5 ピーナッツ		有・無	必要・不要
6 大豆		有・無	必要・不要
7 大豆製品		有・無	必要・不要
8 ゴマ		有・無	必要・不要
9 ナッツ類		有・無	必要・不要
10 甲殻類		有・無	必要・不要
11 軟体類		有・無	必要・不要
12 貝類		有・無	必要・不要
13 魚卵		有・無	必要・不要
14 魚類		有・無	必要・不要
15 肉類		有・無	必要・不要
16 果物		有・無	必要・不要
17 味噌		有・無	必要・不要
18 醤油		有・無	必要・不要
19 酢		有・無	必要・不要
20 その他		有・無	必要・不要

* アレルギーがない場合は、提出不要です。

入所前食物アレルギー児童状況確認票 記入例

★以下の基本情報をご記入ください。本紙は、必ず主に調理する方が記入してください。

記入日	令和 5 年 ● 月 ● 日
記入者名	徳島 花子
児童名(ふりがな)	徳島 次郎
生年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日
第1希望施設名	〇〇保育所
アレルゲン	卵、牛乳・乳製品、大豆、エビ
症状	じんましん、呼吸困難
食物アレルギーで医療機関を受診していますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい 検査方法: 血液検査・ <u>食物負荷試験</u> ・その他() 直近の検査実施日: 令和 5 年 ● 月 ● 日 <input type="checkbox"/> いいえ

★現在、食物アレルギーによる配慮を行っている食材に○をつけ、不可の食材を具体的に記入してください。
また、同食材について、アナフィラキシー既往歴と食材への接触の配慮について記入してください。

食材名	不可の食材を具体的に記入してください	アナフィラキシー 既往歴	食材への 接触の配慮
1 鶏卵	○ 卵白のみ不可	有・ <u>無</u>	必要・ <u>不要</u>
2 牛乳・乳製品	○ 牛乳・ヨーグルトは除去(チーズは可)	有・ <u>無</u>	必要・ <u>不要</u>
3 小麦粉		有・無	必要・不要
4 ソバ		有・無	必要・不要
5 ピーナッツ		有・無	必要・不要
6 大豆	○ 全除去	有・ <u>無</u>	必要・ <u>不要</u>
7 大豆製品		有・無	必要・不要
8 ゴマ		有・無	必要・不要
9 ナッツ類		有・無	必要・不要
10 甲殻類		有・無	必要・不要
11 軟体類		有・無	必要・不要
12 貝類	○ エビ	<u>有</u> ・無	<u>必要</u> ・不要
13 魚卵		有・無	必要・不要
14 魚類		有・無	必要・不要
15 肉類		有・無	必要・不要
16 果物		有・無	必要・不要
17 味噌		有・無	必要・不要
18 醤油		有・無	必要・不要
19 酢		有・無	必要・不要
20 その他		有・無	必要・不要