

保護者様

認定こども園 浄心こどもの城

園長 杉山 賢

食物アレルギーの給食対応申請にあたってのお願い

当園は、食物アレルギーを持つ児童の特別な給食について、児童にとって少しでも早く改善がなされ、心身共に健全な発育の一助となるために、保護者に代わりできる限りの対応を行いたいと考えておりますので、下記のことをご留意ください。

記

- 1 食物アレルギーの専門医により児童に食物アレルギーが認められ、給食の対応を保護者が希望する場合は浄心こどもの城園長(以下「園長」という)に申し出てください。
- 2 食物アレルギーを持つ児童がいるご家庭の食事は、一般的に医師の指示により治療食になっていることと思いますが、その責任の重大さから集団給食で行うことには無理があり、本来は家庭から弁当持参をお願いするところです。しかし、保護者に代わり当園がこの特別な給食を行う場合は、先のことを年頭におき、保護者の責任のもとに行いますので、食物アレルギーに関する調査票(様式3)の他に通院する医療機関の医師に食事意見書(様式1)、生活管理指導票(様式2)を記入していただき申し出てください。ただし、食事意見書などにかかる費用は保護者の負担になります。
- 3 保護者の食物アレルギーに対する特別な給食は、園長及び給食関係者等の立会いで、医師の食事意見書(様式1)、生活指導票(様式2)に従い、保護者がその責任のもとに予定献立の除去食品をチェックした後、保護者と園長、給食関係者が協議を行って献立を決め実施します。集団給食の範囲で可能な限り対応はしますが、限界を超える場合は、家庭から弁当等を持参していただくこととなります。
- 4 園長及び給食関係者、医師と連携を取りながら児童の正しい状況把握を行いますので、児童について留意すべき事があれば必ずお伝えください。一回の申請での対応期間は最長12ヶ月としますが、終了後も継続が必要な場合は、各書類(様式1～3)の再提出をお願いします。また、対応期間終了前に必要がなくなった場合は、除去解除申請書(様式4)を当園にご提出ください。

平成 年 月 日

主治医様

認定こども園 浄心こどもの城
園長 杉山 賢

食物アレルギーの書類記入について（依頼）

平素は児童の健康管理につきましては、格別のご指導ご協力を賜り厚くお礼を申し上げます。

当園では、保育園における食物アレルギーを持つ児童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、保護者の責任のもとに家庭で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、下記児童の保護者から、食物アレルギーに対応する特別な給食の依頼の申し出がありましたので、ご高診の所見等から、別紙「食事意見書(様式1)」「生活管理指導票(様式2)」にご記入いただき保護者にお渡しくださいますようお願いいたします。

記

1 児童名 _____

2 保護者名 _____

(住所) _____

(電話番号) _____

3 園名 認定こども園 浄心こどもの城

(様式1)

食物アレルギーの食事意見書 (主治医意見書)

浄心こどもの城

児童氏名： _____ (男・女) 平成 年 月 日生

診断名： _____

本児童は診察・検査の結果、以下の食物についてはアレルギーを有し、アナフィラキシーショックを起こす可能性がありますので食事からの除去が必要です。

1. 除去が必要な食品は以下の通りです。

●食品名 (_____)

除去の場合は完全除去となります。特別なご意見がある場合ご記入下さい

2. 摂取した場合に出現する可能性のある症状は以下の通りです。

(該当する症状に□にチェックしてください。)

《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 □ 痒痒感

《非即時型反応》：□ 湿疹 □ 痒痒感 □ 下痢

《その他》：未摂取のため不明

3. 摂取後に症状が出現した場合の対処法及び緊急の対応は以下の通りです。

□ 保護者へ連絡 □ 救急搬送

□ 処方薬の対応 (_____)

□ その他 (_____)

本診断書 (意見書) の内容については、(3・6・12) ヶ月後に再評価が必要です。

平成 年 月 日

医院名

電話番号

医師名 _____ 印

(様式2)

保育園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)

※ 保育園の生活において、特別な配慮や管理が必要となる場合に限り、記載してください。

保育園受理日 年 月 日

乳児の個人情報		保育園での生活に関する情報	
記載日	年 月 日	記載日	年 月 日
児童名	性別 (男 女)	記載日	年 月 日
生年月日	年 月 日	医師名	印
医師名	印	医療機関名	電話

A. 食物アレルギー病型(食物アレルギーありの場合のみ記載) 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 (新生児消化器症状・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:)	B. アナフィラキシー病型(アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載) 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・)	E. 給食・離乳食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定
C. 原因食物・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 《 》 2. 牛乳・乳製品 《 》 3. 小麦 《 》 4. ソバ 《 》 5. ピーナッツ 《 》 6. 大豆 《 》 7. ゴマ 《 》 8. ナッツ類 《 》 9. 甲殻類 《 》 10. 軟体類・貝類 《 》 11. 魚卵 《 》 12. 魚類 《 》 13. 肉類 《 》 14. 果物類 《 》 15. その他 《 》	F. 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 ミルクイー・ニューMA-1・MA-mi・ベブチエイト エレメンタルフォーミュラ その他()	G. 食物・食材を扱う活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定
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®0.15mg」 3. その他()	H. 除去食品で採取不可能なもの 病型・治療のCで除去の際に採取不可能なものに○ 1. 鶏卵: 卵黄カルシウム 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・いりだし 13. 肉類: エキス	I. その他の配慮・管理事項

【除去根拠】該当するものを《 》内に番号を記載
 ①明らかな症状の既往
 ②食物負荷試験陽性
 ③IgE抗体等検査結果陽性
 ④未採取

《ご家庭での食物アレルギーに関する発症の事例》

(なるべく細かく具体的に記入してください。)

(記入例) 〇〇才の時、生卵をかき混ぜた箸をしっかりと洗わずに調理したものを食べて、じんましんとかゆみが1時間後出現した。医師から処方されている薬を服用し、40分後に症状が治まった。

記入欄が足りない場合は別紙にて記入をお願いします。なるべくたくさん書いていただくとありがたいです。

《日常生活で保護者さんが気を付けていること》(細かく具体的に記入してください。)

(記入例)・アレルギー児とそれ以外の人のも食器や調理器具、洗浄スポンジは別にしている。

記入欄が足りない場合は別紙にて記入をお願いします。

要望事項、合意事項、その他

記入年月日： 年 月 日 保護者署名： _____ 印

(様式4)

除去解除申請書

平成 年 月 日

浄心こどもの城 園長 様

浄心こどもの城 _____ 組

園児名 _____

本児は特別給食許可申請書で[未摂取]のため
除去していた（食品名： _____）
に関して、医師指導のもと、これまでに複数回食べて
症状が誘発されていないので、園における完全解除を
お願いします。

保護者： _____ 印

(様式4)

除去解除申請書

平成 年 月 日

浄心こどもの城 園長 様

浄心こどもの城 _____ 組

園児名 _____

本児は特別給食許可申請書で[未摂取]のため
除去していた（食品名： _____）
に関して、医師指導のもと、これまでに複数回食べて
症状が誘発されていないので、園における完全解除を
お願いします。

保護者： _____ 印