

燕市立保育園・こども園における
給食提供に係る食物アレルギー対応マニュアル
【様式集】

(令和6年4月対応版)

各種様式

- (様式 1) 食物アレルギーをもつお子さんの対応について（お知らせ）
- (様式 2) 食物アレルギーについての各種様式の記入について（お願い）
- (様式 3) 食物アレルギー対応にかかる申請書
- (様式 4) 保育園・こども園における生活管理指導表
 - ※主治医様 記載にあたってのお願い
 - ※保育園園長・こども園園長宛 保護者へ配布、保護者から受理にあたってのお願い
- (様式 5) 食物アレルギー疾患に関する調査表（保護者記入用）
 - ※記載にあたってのお願い
- (様式 6) 家庭における除去の程度の一覧表（保護者記入用）
- (様式 7) 食物アレルギーの対応について（決定通知）
- (様式 8) 食物アレルギー対応食の解除証明書
- (様式 9) 食物アレルギー対応の中止（変更）について（決定通知）
- (様式 10) エピペン[®]が処方されている園児の緊急対応の情報提供について（お願い）
- (様式 11) エピペン[®]が処方されている園児について（お願い）【燕・弥彦総合事務組合消防本部】
- (様式 12) エピペン[®]が処方されている園児について（報告）【新潟県立吉田病院】
- (様式 13) エピペン[®]の処方が解除になった報告書
- (様式 14) エピペン[®]の処方が解除になった園児について（報告）【燕・弥彦総合事務組合消防本部】
- (様式 15) エピペン[®]の処方が解除になった園児について（報告）【新潟県立吉田病院】
- (様式 16) 緊急時対応経過記録表
- (様式 17) 食物アレルギー事故発生報告書
- (様式 18) 園児アレルギー一覧表

(様式1)

令和 年 月

保護者様

燕市こども政策部
こども未来課長

食物アレルギーをもつお子さんの対応について(お知らせ)

園における食物アレルギー対応については、医師の診断・指示のもと、給食を含む生活全般において、食物アレルギー面談を実施するなど家庭との連携を取り合いながら、お子さんが安全、安心して過ごせるよう進めてまいります。園では、誤食・誤飲による重大事故を予防することを最優先に考え、給食、おやつについて、症状の有無に関わらず、アレルギーの原因食物をすべて除去します。

つきましては、次の内容に関して、保護者の皆さまのご理解とご協力をお願いします。

1. 食物アレルギー対応が必要な場合

①医師が記載した「保育園・こども園における生活管理指導表」、(以下、「生活管理指導表」という。)及びその他必要書類を園に提出してください。

※「生活管理指導表」は、毎年診断を受け、提出してください。

※「生活管理指導表」の費用は保護者負担です。

※給食で使用しない下記のような食物についても、「生活管理指導表」の提出をお願いします。

そば、魚卵、落花生、キウイ、カシューナッツ、アーモンド、くるみ、マカダミアナッツ、ヘーゼルナッツ、ピスタチオ、ペカンナッツ、ブラジルナッツなど

②鶏卵アレルギーについて

加熱した卵料理は普通に食べられるが、マヨネーズ、アイス、カスタードクリーム、プリン等の加熱が不十分な鶏卵を食べて症状が出たことがある場合については、主治医にご相談のうえ、生活管理指導表の提出をお願いします。

「生卵」については、生活管理指導表は不要です。

裏面もご確認ください

2. 給食・おやつのお食物アレルギー対応について

園では、アレルギー原因食物の提供は一切行わない「完全除去食」及び「代替食」となります。

ただし、卵での卵殻カルシウム、牛乳・乳製品での乳糖、小麦での醤油・酢・麦茶、大豆での大豆油・醤油・味噌、ゴマでのゴマ油、魚類でのかつおだし・いりこだし、肉類でのエキスの対応は、保護者と栄養士及び園の関係職員で面談をして対応を決定します。微量なアレルゲンでアナフィラキシーを発症する場合や製造ライン上の混入の可能性のある食品まで除去を必要とする場合などは、お弁当の持参をお願いする場合があります。

3. 家庭から持参するお弁当について

希望保育や遠足等で、家庭からお弁当を持参する際は、アレルギー原因食物を含まないものをご用意ください。

4. 食物アレルギー対応の解除について

解除を希望する方は、医師が記載した「解除証明書」を園に提出してください。

※アレルギーの原因食物が複数ある場合で、1つが解除となった場合も同様です。

※「解除証明書」の費用は保護者負担です。

5. その他

以下のホームページから、「医療機関名簿」と「日本アレルギー学会専門医・指導医一覧」をご確認いただけます。



医療機関名簿

(一般社団法人燕市医師会ホームページへ)



日本アレルギー学会専門医・指導医一覧（新潟県）

(一般社団法人日本アレルギー学会ホームページへ)

(様式2)

令和 年 月

主 治 医 様

燕市こども政策部
こども未来課長

食物アレルギーについての各種様式の記入について（お願い）

園の給食における食物アレルギー疾患をもつお子さんの対応については、医師の診断に基づき除去食や代替食を提供する、または、解除するなど慎重に対応したいと考えています。

つきましては、お忙しいところ恐れ入りますが、「保育園・こども園における生活管理指導表」または「食物アレルギー対応食の解除証明書」のご記入をお願いいたします。

園の給食で使用しない食物についても、同様にご記入をお願いします。

※文書料は、それぞれの医院や医療機関の規定により、保護者に請求してください。

【お問い合わせ】

燕市こども政策部
こども未来課保育・幼児教育係
燕市吉田西太田 1934
T E L 0256-77-8222

(様式 3)

食物アレルギー対応にかかる申請書

保育園長 様
こども園長 様

食物アレルギー対応について配慮して下さるよう必要書類を添えて申請します。

添付書類 (提出される書類に☑してください)

- (様式 4) 保育園・こども園における生活管理指導表
- (様式 5) 食物アレルギー疾患に関する調査表 (保護者記入用)
- (様式 6) 家庭における除去の程度の一覧表 (保護者記入用)

*エピペン[®]が処方されている場合は、次の書類も添えて提出してください。

- (様式 10) エピペン[®]が処方されている園児の緊急対応の情報提供について (お願い)
- (様式 11) エピペン[®]が処方されている園児について (お願い)
- (様式 12) エピペン[®]が処方されている園児について (報告)

園 名 _____

ふりがな
園 児 名 _____

生年月日 平成・令和 年 月 日生 (歳) _____

令和 年 月 日

保護者氏名 _____ 印

(様式4)

保育園・こども園における生活管理指導表（食物アレルギー・アナフィラキシー）

児童名 _____ 性別（男・女） _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 園名 _____ 園受理日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

*園の生活において、特別な配慮・管理が必要となる場合に限り医師が作成するものです。

		病型・治療	園での生活上の留意点	緊急時連絡先
食物アレルギー （あり・なし）	アナフィラキシー （あり・なし）	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. 即時性 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： _____）	A. 給食・離乳食 1. 管理不要 2. 管理必要（管理内については、病型・治療のC欄、下記C、E欄を参照）	★保護者 氏名 _____ 電話： _____ ★連絡医療機関 医療機関名 _____ 電話： _____ 記載日 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____ 電話 _____
		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. 即時性（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・ペプディエット・ エレメンタルフォーミュラ その他（ _____）	
		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* 《 》（クルミ・アーモンド・カシューナッツ） 9. 甲殻類* 《 》（エビ・カニ） 10. 軟体類・貝類* 《 》（イカ・タコ・ホタテ・アサリ） 11. 魚卵* 《 》（イクラ・タラコ） 12. 魚類* 《 》（サバ・サケ） 13. 肉類* 《 》（鶏肉・牛肉・豚肉） 14. 果実類* 《 》（キウイ・バナナ） 15. その他* 《 》（ _____） 「*印は（ ）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. 除去食品で摂取不可能なもの 病型・治療のC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○が付いた場合、該当する食品を使用した料理については、給食対応が困難になる場合があります。 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	
		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）（薬品 _____） 2. アドレナリン自己注射「エピペン®」（0.15mg ・ 0.3mg） 3. その他（ _____）	D. 食物・食材を扱う活動 1. 管理不要 2. 原因食材を教材とする活動の制限（ _____） 3. 調理活動時の制限（ _____） 4. 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上記載。 対応内容は保育施設が保護者と相談し決定）		

【除去根拠】該当するものを《 》内に記載

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未摂取

主治医様
記載にあたってのお願い

保育園・こども園における生活管理指導表（食物アレルギー・アナフィラキシー）

性別（男・女） 令和 年 月 日生 園名 園受理日 令和 年 月 日

*園の生活において、特別な配慮・管理が必要となる場合に限り医師が作成するものです。

病型・治療		園での生活上の留意点		緊急時連絡先	
<p>食物アレルギー （あり・なし）</p> <p>アナフィラキシー （あり・なし）</p> <p>どちらかに ○をお願いします。</p>	<p>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）</p> <p>1. 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎</p> <p>2. 即時性</p> <p>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： ）</p>	<p>A. 給食・離乳食</p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 管理必要（管理内については、病型・治療のC欄、下記C、E欄を参照）</p>	<p>★保護者 氏名 電話： ★連絡医療機関 医療機関名 この欄は、保護者が記載します。</p> <p>記載日 令和 年 月 日</p> <p>医師名</p>		
	<p>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）</p> <p>1. 食物（原因 ）</p> <p>2. 即時性（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）</p>	<p>B. アレルギー用調整粉乳</p> <p>1. 不要</p> <p>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・ベネッセ・エッセント・ エレメンタル 乳アレルギーでアレルギー用ミルクを その他（ ）</p>			
	<p>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</p> <p>1. 鶏卵 《 ①③ 》</p> <p>2. 牛乳・乳製品 小麦 ソバ</p> <p>3. 甲殻類 * 《 》（エビ・カニ）</p> <p>4. 軟体類・貝類 * 《 》（イカ・タコ・ホタテ・アサリ）</p> <p>5. 魚卵 * 《 》（イクラ・タラコ）</p> <p>6. 魚類 * 《 》（サバ・サケ）</p> <p>7. 肉類 * 《 》（鶏肉・牛肉・豚肉）</p> <p>8. 果実類 * 《 》（キウイ・バナナ）</p> <p>9. その他 * 《 》（ ）</p> <p>「*印は（ ）の中の該当する項目に○をするか具体的に記載すること」</p>	<p>C. 除去食品で摂取不可能なもの</p> <p>病型・治療のC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○が付いた場合、該当する食品を使用した料理については、給食対応が困難になる場合があります。</p> <p>1. 鶏卵： 卵殻カルシウム</p> <p>2. 牛乳・乳製品： 乳糖</p> <p>3. 小麦： 醤油・酢・麦茶</p> <p>6. 大豆： 大豆油・醤油・味噌</p> <p>7. ゴマ： ゴマ油</p> <p>12. 魚類： かつおだし・いり</p> <p>13. 肉類： エキス</p>	<p>調味料・だし・添加物の除去が必要な場合等、極微量の摂取でも症状が出現するような重症な時のみチェックをお願いします。</p> <p>2. は卵パックを使った工作、牛乳パックを使った工作、小麦粘土を使った遊び、豆まきの大豆などの活動に注意が必要な場合。 3. 調理体験（実習）時に注意が必要な場合。番号に○をつけてください。</p>		
	<p>D. 緊急時に備えた処方薬</p> <p>1. 内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬）（薬品 ）</p> <p>2. アドレナリン自己注射「エピペン®」（ 0.15mg ・ 0.3mg ）</p> <p>3. その他（ ）</p>	<p>D. 食物・食材を扱う活動</p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 原因食材を教材とする活動の制限（ ）</p> <p>3. 調理活動時の制限（ ）</p> <p>4. その他（ ）</p>	<p>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上記載。対応内容は保育施設が保護者と相談し決定）</p>		

診断根拠の
番号の記載
をお願いします。

原因食物に○を
つけてくださ
い。

【除去根拠】該当するものを《 》内に記載

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未摂取

調味料・だし・添加物の除去が必要な場合等、極微量の摂取でも症状が出現するような重症な時のみチェックをお願いします。

2. は卵パックを使った工作、牛乳パックを使った工作、小麦粘土を使った遊び、豆まきの大豆などの活動に注意が必要な場合。
3. 調理体験（実習）時に注意が必要な場合。番号に○をつけてください。

保育園園長・こども園園長宛

保護者へ配布、保護者から受理にあってのお願い

こども園における生活管理指導表（食物アレルギー・アナフィラキシー）

児童名 _____ 性別（男・女） _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 園名 _____

園受理日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

*園の生活において、特別な配慮・管理が必要となる場合に限り医師が作成するものです。

予め、園で記入して、保護者に用紙を渡してください。

保護者から、提出されたら記入してください。

保護者に、「連絡医療機関」は保護者が決めることを伝えて、この欄は保護者が記入することを話してください。

緊急時連絡先

★保護者
氏名 _____
電話： _____
★連絡医療機関
医療機関名 _____

電話： _____

記載日 _____

用紙を受理する時、記入されているか確認してください。

食物アレルギー
（あり・なし）

アナフィラキシー
（あり・なし）

どちらかに
○をお願いします。

病型

1. 食物アレルギーの既往のある型はアトピー性皮膚炎

2. 管理不要

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. 即時性（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）

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	《 》	<p>【除去根拠】該当するもの全てを《 》内に記載</p> <p>①明らかな症状の既往</p> <p>②食物負荷試験 陽性</p> <p>③IgE抗体等検査結果 陽性</p> <p>④未摂取</p>
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. 果実類*	《 》	
15. その他*	《 》	

（クルミ・アーモンド・カシューナッツ）
（エビ・カニ）
（イカ・タコ・ホタテ・アサリ）
（イクラ・タラコ）
（サバ・サケ）
（鶏肉・牛肉・豚肉）
（キウイ・バナナ）

「*印は（ ）の中の該当する項目に○をするか具体的に記載すること」

参照)

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・ペプディエット・
エレメンタルフォーミュラ

その他（ _____）

C. 除去食品で摂取不可能なもの
病型・治療のC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○が付いた場合、該当する食品を使用した料理については、給食対応が困難になる場合があります。

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

D. 食物・食材を扱う活動

1. 管理不要

2. 原因食材を教材とする活動の制限（ _____）

3. 調理活動時の制限（ _____）

4. その他（ _____）

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）（薬品 _____）

2. アドレナリン自己注射「エピペン®」（ 0.15mg ・ 0.3mg ）

3. 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上記載。
対応内容は保育施設が保護者と相談し決定）

※給食で提供しない食物についても提出してください。

医師名 _____

医療機関名 _____

電話 _____

(様式 5)

食物アレルギー疾患に関する調査表（保護者記入用）

* この用紙は、毎年更新して使用します。

ふりがな 園児名				生年月日	平成・令和	年	月	日生	男・女
緊急連絡先	氏名	続柄	電話番号	○で囲む		記入日	現在	・	・
※優先順に記入	①			自宅・携帯・勤務先（ ）		医療機関名			
※この欄のみ鉛 筆で書く	②			自宅・携帯・勤務先（ ）		主治医名			
	③			自宅・携帯・勤務先（ ）		電話番号			

クラス 入園前の時は「入園前」に○で囲む	0歳児・入園前	1歳児・入園前	2歳児・入園前	3歳児・入園前	4歳児・入園前	5歳児・入園前
食物アレルギー症状がでたことがありますか	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
「はい」と答えた方は、 最近の発症、原因食物、 症状を記入してください。	発症年月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
	原因食物					
	症状					
アナフィラキシー症状（呼吸困難等）が でたことがありますか	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
「はい」と答えた方は、 最近の発症、原因食物、 症状を記入してください。	発症年月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
	原因食物					
	症状					
治療薬 について	エピペン® 接種するタイミング	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
	内服薬 内服薬名	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 []	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 []	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 []	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 []	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 []
記入年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
記入者氏名						

(様式5) 食物アレルギー疾患に関する調査表 (保護者記入用)

保護者様 記載にあたってのお願い

園児名				生年月日	平成・令和	年	月	日生
緊急連絡先	氏名	続柄	電話番号	○で囲む		記入		
※優先順に記入 ※この欄のみ 鉛筆で書く	①			自宅・携帯・勤務先()		医療		
	②			・携帯・		治医		
	③			・携帯・		話番号		

※歳児は、学校における学年になります。
年齢ではありません。
※いずれの項目も、0歳児から、
現在まで全て記入してください。

家庭にいた場合は、
入園前に「○」

園に入園していた場合は、
歳児(学年)に「○」

在園は「歳児」入園前は「入園前」に○	0歳児 入園前	1歳児 入園前	2歳児 ・入園前	3歳児・入園前	4歳児・入園前	5歳児・入園前
食物アレルギー症状がでたことがありますか	<input checked="" type="radio"/> はい・ <input type="radio"/> いいえ	<input checked="" type="radio"/> はい・ <input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい・ <input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい・ <input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい・ <input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい・ <input type="radio"/> いいえ
「はい」と答えた方は、 最近の発症、原因食物、 症状を記入してください。	発症年月	R1年5月	年 月			年 月
	原因食物	卵				
	症状	蕁麻疹	なし			
アナフィラキシー症状(呼吸困難等)が でたことがありますか	<input type="radio"/> はい・ <input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい・ <input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい・ <input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい・ <input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい・ <input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい・ <input type="radio"/> いいえ
「はい」と答えた方は、 最近の発症、原因食物、 症状を記入してください。	発症年月	年 月	年 月			年 月
	原因食物					
	症状					
治療薬について	エピペン® 接種するタイミング	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	内服薬 内服薬名	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 [□□□□]	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 [○○○○]	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 [□□□□]	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 [□□□□]	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 [□□□□]
記入年月日	R2年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
記入者氏名	0歳児から、現在まで全て記入してください。					

「はい・いいえ」のいずれかを○で囲み、「はい」の場合は、
発症年月日、原因食物、症状について記入してください。

「はい・いいえ」のいずれかを○で囲み、「はい」の場合は、
発症年月日、原因食物、症状について記入してください。

「有・無」のいずれかの□にし点を入れてください。
「有」の場合は、枠の中を記入してください。

「有・無」のいずれかの□にし点を入れてください。「有」の場
合は、枠の中を記入してください。

0歳児から、現在まで全て記入してください。

家庭における除去の程度の一覧表 (保護者記入用)

園 名	ふりがな 園 児 名
生年月日 平成・令和 年 月 日生 (歳)	記 入 日 令和 年 月 日 記 録 者 名

1、「卵 牛乳・乳製品 魚介類・甲殻類 小麦・麦製品 大豆」について、家庭における状況をお聞きします。

※家庭で食べているものに○、食べていないものに×を記入してください。

	食品リスト	○×
卵	生卵・生の卵白が含まれる食品	
	加熱した卵料理（目玉焼き、ゆで卵、卵焼き、オムレツなど）	
	生の卵黄が含まれる食品（アイスクリーム、マヨネーズなど）	
	加熱した卵が多く含まれる食品（プリン、茶碗蒸し、スープなど）	
	加熱した卵が含まれる食品（ケーキ、クッキー、パン、フライの衣など）	
	つなぎに卵が含まれる食品（かまぼこ、ちくわ、ハム、ウィンナー、中華麺など）	
	全卵を極めて微量に含む食品（一部食パン、天ぷら粉など）	
	卵殻カルシウム	
牛 乳 乳製品	牛乳を主原料とした食品（牛乳、調整粉乳、練乳など）	
	生の牛乳を用いた食品（プリン、ババロア、シチューなど）	
	チーズ・ヨーグルト・バターやこれらを含んだ食品	
	牛乳を多く含んだお菓子（ケーキ、チョコレートなど）	
	つなぎにカゼインを含んだ食品（一部のハム、ウィンナーなど）	
	一部のマーガリン、ショートニング	
	加熱された牛乳やバターが少量含まれる食品（食パン、クッキーなど）	
	乳糖	
甲殻類 魚介類	甲殻類（えび、かに）	
	甲殻類（えびのエキスが含まれた物、かにのエキスが含まれた物）	
	魚介類（いか、貝、魚）	
	魚介類（いかや貝や魚のエキスが含まれた物）	
	かつおだし、いりこだし	
	魚卵（いくら、すじこ、たらこ、子持ちししゃもなど）	
	備考：（食べられない魚介類)	
小 麦 麦製品	小麦を主原料とした食品（パン、うどん、麩、パスタ、ケーキなど）	
	小麦を少量使用した食品（練り製品のつなぎ、カレールー、フライの衣など）	
	麦そのものを少量使用（麦ごはん、麦みそなど）	
	みそ、しょうゆ、酢、麦茶	
大 豆	大豆、枝豆、おから	
	豆乳、豆腐、厚揚げ、油揚げ、がんもどきなど	
	納豆、きなこ、またその加工品	
	市販植物油のほとんど（大豆油、サラダ油、天ぷら油）	
	マーガリン、ルー	
	みそ、しょうゆ	

裏面も記入してください。

(様式 6) 裏

2、「1でお聞きした食品以外」について、家庭においての状況をお聞きします。

※□にレ点をつけて、()に食べられない食品を具体的に記入してください。

<input type="checkbox"/> そば	<input type="checkbox"/> ピーナッツ	<input type="checkbox"/> ごま	<input type="checkbox"/> ナッツ類 ()
<input type="checkbox"/> 果物 () <input type="checkbox"/> その他 ()			

3、「製造ライン上の混入の可能性のある食品の除去」について、家庭においての状況をお聞きします。

※□にレ点をつけて、除去している場合は具体的に記入してください。

<input type="checkbox"/> 除去していない
<input type="checkbox"/> 除去している (具体的に記入してください)
【製造ライン上の混入の可能性のある食品の注意喚起表示例】
「卵を使用した製品と共通の設備で製造しています。」
「乳成分を使用した製品と共通の設備で製造しています。」
「本品で使用している〇〇は、えび・かにを食べています。」
「本製品の製造ラインでは、落花生を使用した製品も製造しています。」
【記入例】
落花生について書いてある場合は除去していますが、卵について書いてある場合は除去していません。 極微量の卵を摂取してもアレルギー症状がでるので、全て食べさせていません。 年齢が低いため、卵について書いてある場合は全て除去しています。

(様式 7)

令和 年 月 日

(園 名) _____

(園児名) _____ さん

保護者 様

燕市こども政策部
こども未来課長

食物アレルギーの対応について (決定通知)

食物アレルギーについて下記の通り対応します。

食物アレルギー対応食は、食物アレルギーの原因となる食物を完全除去した除去食及び代替食となります。

記

食物アレルギーの対応を受ける園児名 生年月日	平成・令和 年 月 日生
食物アレルギーの原因となる食物	
対応内容	
上記の対応をとる期間	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日

なお、食物アレルギー対応が不要となった場合は、医師により記載された(様式8)「食物アレルギー対応食の解除証明書」を提出してください。

(様式 8)

食物アレルギー対応食の解除証明書

保育園長 様
こども園長 様

診察・検査の結果、次のとおり食物アレルギー対応食の解除を証明します。

園 児 名	
解除年月日	令和 年 月 日
原因食物名	

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名

(様式 9)

令和 年 月 日

(園 名) _____

(園児名) _____ さん

保護者 様

燕市こども政策部
こども未来課長

食物アレルギー対応の中止（変更）について（決定通知）

下記のとおり、食物アレルギー対応について中止（変更）します。

記

食物アレルギー対応を中止（変更）する園児名 生年月日	令和 年 月 日生
食物アレルギーの対応を中止する食物	
食物アレルギー対応を中止（変更）する年月日	令和 年 月 日
特記事項	

(様式 10)

保護者様

燕市こども政策部
こども未来課長

エピペン[®]が処方されている園児の緊急対応の情報提供について（お願い）

エピペン[®]の処方を受けているお子さんが、緊急時においてより適切な対応ができるように、燕市ではこども未来課を通し、事前に燕・弥彦総合事務組合消防本部、新潟県立吉田病院へ情報提供を行っています。

つきましては、お子さんに緊急対応が必要となった場合、迅速に救急搬送、治療を行うため、事前に情報提供をさせていただくことに同意していただき、下記の必要事項について記入し、園へ提出をお願いします。

記

エピペン[®]が処方されている園児の緊急対応の情報提供について（同意書）

園名	
ふりがな	
園児名	生年月日 平成・令和 年 月 日生(歳)
エピペン [®] の処方を受けた医療機関	
医療機関名	医師名
緊急時の連絡先	
自宅	電話
その他 ()	電話

・緊急時の対応に活用するため、上記内容及び園に提出いただく食物アレルギー疾患に関する書類の内容を燕・弥彦総合事務組合消防本部、新潟県立吉田病院へ事前に情報提供することに同意します。

令和 年 月 日

保護者氏名 _____ 印

令和 年 月 日

燕・弥彦総合事務組合消防本部長 様

燕市こども政策部
こども未来課長

エピペン[®]が処方されている園児について (お願い)

日頃より、保育園・こども園の活動にご理解とご協力をいただき感謝申し上げます。

食物アレルギー疾患を持つ園児の園生活をより安心して安全なものとするため、緊急対応が必要となった場合は、救急救命士の派遣や迅速な救急処置対応をお願いします。

つきましては、下記の園児が、エピペン[®]の処方を受けていますので報告します。

なお、新潟県立吉田病院には、開業医を主治医にもつ場合であっても、当面は受け入れしていただくことについて、ご了承いただいています。

また、下記の情報を提供することについては、保護者の同意を得ています。

記

令和 年度

園 名	電話番号
所 在 地	
ふりがな	生年月日 平成・令和 年 月 日生 (歳)
園 児 名	性 別 男 ・ 女

*添付書類 食物アレルギー疾患に関する書類

* ご不明な点につきましては、園にお問い合わせください。

(様式 12)

令和 年 月 日

新潟県立吉田病院 担当医 様

燕市こども政策部
こども未来課長

エピペン[®]が処方されている園児について (報告)

日頃より、保育園・こども園の活動にご理解とご協力をいただき感謝申し上げます。
食物アレルギー疾患を持つ園児の緊急時の対応については、アレルギー症状が重度にならないうちの的確な救急車要請が必要と考えております。
つきましては、下記の園児が、エピペン[®]の処方を受けていますので報告します。
なお、情報を提供することについては、保護者の同意を得ています。
また、緊急時に備え、新潟県立吉田病院を受診することを保護者にお勧めしています。

記

令和 年度

園 名	電話番号
所在地	
ふりがな	生年月日 平成・令和 年 月 日生 (歳)
園 児 名	性 別 男 ・ 女

*添付書類 食物アレルギー疾患に関する書類

*ご不明な点につきましては、園にお問い合わせください。

(様式 13)

エピペン[®]の処方が解除になった報告書

保育園長 様
こども園長 様

診察・検査の結果、下記のとおりエピペン[®]の処方が解除になりましたので報告します。

記

園 名
ふりがな 園 児 名
生年月日 平成・令和 年 月 日生 (歳)
エピペン [®] の処方を受けていた医療機関
医療機関名 医師名
エピペン [®] の処方が解除になった日
令和 年 月 日

上記内容を燕・弥彦総合事務組合消防本部及び新潟県立吉田病院へ情報提供することに同意します。

令和 年 月 日

保護者氏名 _____ 印

(様式 14)

令和 年 月 日

燕・弥彦総合事務組合消防本部長 様

燕市こども政策部
こども未来課長

エピペン[®]の処方が解除になった園児について（報告）

日頃より、保育園・こども園活動にご理解とご協力をいただき感謝申し上げます。

下記の園児が、エピペン[®]の処方を受けていることを報告してありますが、この度解除になりましたので報告します。

なお、情報を提供することについては、保護者の同意を得ています。

記

園 名	電話番号
所在地	
ふりがな	生年月日 平成・令和 年 月 日生（ 歳）
園 児 名	性 別 男 ・ 女
解除年月日	令和 年 月 日

* ご不明な点につきましては、園にお問い合わせください。

(様式 15)

令和 年 月 日

新潟県立吉田病院 担当医 様

燕市こども政策部
こども未来課長

エピペン[®]の処方が解除になった園児について (報告)

日頃より、保育園・こども園活動にご理解とご協力をいただき感謝申し上げます。
下記の園児が、エピペン[®]の処方を受けていることを報告してありますが、この度解除になりましたので報告します。
なお、情報を提供することについては、保護者の同意を得ています。

記

園 名	電話番号
所在地	
ふりがな	生年月日 平成・令和 年 月 日生(歳)
園児氏名	性 別 男 ・ 女
解除年月日	令和 年 月 日

* ご不明な点につきましては、園にお問い合わせください。

(様式 16)

(食物アレルギー)

緊急時対応経過記録表

記録者 ()

園児名 _____ 生年月日 平成・令和 年 月 日生 (歳)

誤食をした時間	令和 年 月 日	午前 午後	時 分
発症時間	令和 年 月 日	午前 午後	時 分
食べた物 その量			
連絡事項	<input type="checkbox"/> 園長への連絡 <input type="checkbox"/> 保護者への連絡 <input type="checkbox"/> 主治医への連絡 <input type="checkbox"/> 嘱託医への連絡		
初期対応	<input type="checkbox"/> 食物が皮膚に触れて症状がある ⇒ 触れた皮膚を流水で洗い流す		
	<input type="checkbox"/> 眼症状がある ⇒ 眼を流水で洗う		
	<input type="checkbox"/> 食物が口の中にある ⇒ 食べ物を吐き出させて、十分にゆすぐ		
処置	<input type="checkbox"/> 【内服の使用】 <input type="checkbox"/> 所持なし <input type="checkbox"/> 使用した(薬名) <input type="checkbox"/> 使用していない		
	<input type="checkbox"/> 【エピペン®の使用】 <input type="checkbox"/> 所持なし <input type="checkbox"/> 使用した(時 分) <input type="checkbox"/> 使用していない		

※ 症状チェックシート (資料7) 参照

症状経過 処置	時間	症状経過・処置など	対応者名	対応 (チェック)	
	:				<input type="checkbox"/> 初期対応 ・ 口の中の物を取り除く ・ うがいをする ・ 手を洗う ・ 触れた部位を洗い流す <input type="checkbox"/> 園長、担任へ連絡 <input type="checkbox"/> 保護者へ連絡 <input type="checkbox"/> 主治医、嘱託医へ連絡 <input type="checkbox"/> 緊急時処方薬の使用 <input type="checkbox"/> 医療機関受診 <input type="checkbox"/> 救急車の要請
	:				
	:				
	:				
	:				
	:				
	:				
	:				
	:				
	:				
	:				
	:				
:					

緊急搬送の場合は、職員は関係書類を持って救急車に同乗すること

(様式 17)

食物アレルギー事故発生報告書

園 _____ 名 _____

報告者 職・氏名 _____

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

発生年月日	令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ()	発生時刻	
発生場所			
ふりがな 園児名		生年月日	平成・令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日生 (男・女)
アレルゲン			
保護者名		住 所	
クラスの 状 況			
調理室の 状 況			
発生状況 及 び 処理状況			
原 因			
今後の対策			
園長の所見			
医療機関名		治療状況	

