

# 食物アレルギーに関する申告書

## (保護者記入)

記入日： 令和 年 月 日

株式会社キッズコーポレーション

代表取締役 大塚 雅一 殿

園児氏名：

生年月日： H・R 年 月 日生

年齢・性別： 歳 か月 男・女

保護者氏名：

Ⓜ

住所：

上記園児の食物アレルギーについて、医師の診断書等必要書類を添付のうえ、下記のとおり申告いたします。

上記園児の食物アレルギーについて、A・Bいずれかに該当するものに○を付けてください。

**A** 食物アレルギーがある**B** 食物アレルギーがない

※ 「A アレルギーがある」の方は以下(両面)にご記入ください

医療機関	主治医 ( )		
住所	電話		
アレルギー診断日	令和 年 月 日	アレルギー発症	歳 か月頃
発症時の状況			
アナフィラキシーの既往歴	無 ・ 有	※有の場合、発症時期 ( 歳 か月頃)	
原因食物	除去の程度 ※下記「除去の程度について」をご参照いただき、○を付けてください。	生活面で配慮すること	
	完全除去 その他 ( )	無 ・ 有 ( 触れない・吸いこまない )	
	完全除去 その他 ( )	無 ・ 有 ( 触れない・吸いこまない )	
	完全除去 その他 ( )	無 ・ 有 ( 触れない・吸いこまない )	
	完全除去 その他 ( )	無 ・ 有 ( 触れない・吸いこまない )	
	完全除去 その他 ( )	無 ・ 有 ( 触れない・吸いこまない )	
	完全除去 その他 ( )	無 ・ 有 ( 触れない・吸いこまない )	
◎除去の程度について◎ [完全除去]…料理から原因食物を完全除去すれば食べられる。但し、★印の「調味料・だし・添加物等」については除去しなくても食べられる。 [その他]…除去食品においてより厳しい除去が必要なものとして、★印の「調味料・だし・添加物等」に含まれるものも食べられない。 また、特別な配慮や管理が必要な事項がある場合は記入。			
◎除去食品においてより厳しい除去が必要なもの◎			
★鶏卵アレルギー：卵殻カルシウム		★牛乳・乳製品アレルギー：乳糖	★小麦アレルギー：醤油・酢・麦茶
★大豆アレルギー：大豆油・醤油・味噌		★ごまアレルギー：ごま油	★肉アレルギー：エキス
		★魚類アレルギー：かつおだし・いりこだし	

## 食物アレルギーに関する申告書（保護者記入）

飲み薬	無・相談 薬名： 服薬1日 回 朝・昼・晩 その他( )
塗り薬	無・相談 薬名： 塗布1日 回 朝・昼・晩 その他( )
	用途：
エビペンの持参	無・相談
医療機関への受診	受診状況： 1年ごと・その他( )
緊急時の連絡先	名前： 続柄： 電話：
	名前： 続柄： 電話：
緊急時の受診医療機関	医療機関名： 住所・電話： ※表面の医療機関と異なる場合のみご記入ください。
備考	

## 摂取後に症状が出現した場合の対処について（使用する薬名も記入してください。）

皮膚症状 赤み, じんま疹, かゆみなど	
粘膜症状 腫れ, 目の充血, くしゃみ, 鼻づまりなど	
消化器症状 お腹の痛み, 吐き気, おう吐, 下痢など	
呼吸器症状 せき, ゼーゼーする呼吸など	
全身症状 アナフィラキシーなど	救急車を要請し, 医療機関を受診する。
その他	

## ※食物アレルギー対応内容確認後の記入欄

対応内容確認日	令和 年 月 日
対応開始日	令和 年 月 日
保護者氏名	
園長名	印