

食物アレルギー対応給食を希望される保護者のみなさまへ

当施設では食物アレルギー対応給食が必要な子どもについて、保護者からの申し出により、集団給食のなかで可能な範囲の除去食を用意いたします。除去食は、原因食品の完全除去とします。除去食の実施にあたっては医師の指導に基づき、ご家庭と連携を密にしてすすめています。過去に、アナフィラキシーを起こしたことのあるお子さんは、特に詳しくお知らせください。以下の内容につきまして、ご協力いただきますようお願ひいたします。

1 施設で除去できる食品は、次のとおりです。

- (1)卵およびその加工食品
- (2)牛乳・乳製品およびその加工食品
- (3)小麦およびその加工食品
- (4)大豆およびその加工食品
- (5)その他、献立の中から簡単に取り除くことができる食品

※ただし(1)～(5)であっても、集団給食として対応が困難な場合は、お弁当をお願いすることもありますのでご了承ください。

2 「食物アレルギー対応給食申請書(新規・継続)」(様式1-1)と「保育所等におけるアレルギー疾患生活管理指導表」(様式2)を、施設に必ず提出してください。

※「保育所等におけるアレルギー疾患生活管理指導表」(様式2)と「医療機関のお願い」(資料3-1)、及び「給間食の使用食品一覧」(資料3-2)を医師にお見せください。「保育所等におけるアレルギー疾患生活管理指導表」(様式2)は診断書(公文書)となりますので、医療機関が定める文書料金が必要です。

3 定期的に医師の診察を受けてください。

治療方針を確認するため、少なくとも年に1回は「食物アレルギー対応給食申請書(新規・継続)」(様式1-1)と「保育所等におけるアレルギー疾患生活管理指導表」(様式2)を施設に提出してください。

年度途中に除去内容の変更があった場合及び除去が解除になった場合は、「食物アレルギー対応給食申請書(変更・解除)」(様式1-2)を提出してください。

4 具体的な給食内容について確認します。

提出していただいた書類とともに保護者の方と相談しながら、具体的な除去の内容を確認していきます。お子さんの健康状態や給食内容など、ご家庭と連絡を取り合っていきたいと思っていますのでよろしくお願ひいたします。

(施設名) 水広保育園

保育所等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)

施設名 クラス _____組

ふりがな
名前 _____

平成 令和 年 月 日

男・女

※太枠内は、医師にてご記入ください

施設名		施設での生活上の留意点		記載日
A 食物アレルギー病型 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・乳児消化管アレルギー・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 管理内容については、病型・治療のC欄及び下記C.E欄を参照)		令和 年 月 日
B アナフィラキシー病型 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・昆虫・動物のフケや毛)		B アレルギー用調製粉乳 1.不要 2.必要 下記該当ミルクに○、または()内に記入して下さい ミルキーHP・ニューMA-1・MA-mi・ペプティエット・エレメンタルフォーミュラ その他()		令和 年 月 日
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して下さい [除去根拠] 「該当するものすべてを()内に番号を記載して下さい ①明らかな症状の既往 ②食物負荷試験陽性 ③既往体験検査結果陽性 ④果採取		C 除去食品においてより厳しい除去が必要なもの 病型・治療のC欄で除去の際に、下記の食品についても 除去が必要な場合のみ○をつけて下さい ※本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した料理については、給食対応が困難となる場合があります		E 特記事項
アレルギー 1.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*		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 「*」は()の中の該当する項目に○をするか具体的に記載して下さい		医療機関名 電話
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renalin自己注射器「エビベン®」 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.調理活動の制限() 4.その他()		

- 施設における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を施設の職員及び消防機関・医療機関と共有することに同意しますか。

- 1.同意する
2.不同意

保護者氏名

医療機関へのお願い

日頃は名古屋市の保育行政に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

名古屋市の保育施設では、食物アレルギーを有する子どもに対して、食物アレルギー対応給食を提供しています。食物アレルギーの子どもが増えているなか、これらの対応を適切に行うためには、児童の食物アレルギーについて医療機関における正確な診断を把握し、一人一人の実態に合わせた対応が必要であると考えております。さて、このたび、食物アレルギーについて給食対応が必要な場合に、保護者から施設に「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表」（様式2）を提出していただくことにいたしました。つきましては、上記様式を保護者が持参いたしましたら、食物アレルギーの検査・診断の結果に基づき、記入をお願いいたします。なお、「診察・検査に関しては、保険の適用となること」や「上記様式の作成には文書料が必要になること」については、保護者に伝えてありますのでよろしくお願ひいたします。

※裏面に、生活管理指導表記入時の注意事項が記載しております。ご一読のうえ、ご記入いただきますようお願いいたします。

(施設名) 水広保育園

<生活管理指導表記入時の注意事項>

【病型・治療】

C 原因食物・除去根拠

保育施設では乳児期から入所があるので、食べたことがない食品があり、入所後にこれらの食品による食物アレルギーが発症することがあります。よって食べたことがない食品は、施設では除去となります。ただし、単に食べたことがないものすべてを未摂取として記述する必要はなく、アレルギーの関与が疑われる未摂取のものに関して、「④未摂取」と記載してください。IgE抗体陽性が確認されている場合には③と④を選択してください。

【施設での生活上の留意点】

C 除去食品においてより厳しい除去が必要なもの

この欄に示す調味料や油脂等の食品は、アレルゲンとなるたんぱく質を極少量しか含まず、当該食物に対してアレルギーがあっても、ほとんどの患者が摂取できるとされています。除去を必要とする場合のみ○をつけてください。アレルゲンたんぱく質を極少量しか含まないこれらの食品でも発症する子どもは、原材料製造段階や施設での調理段階での微量の混入でもアレルギー症状が誘発されるおそれがあり、安全な給食提供が困難といえます。弁当対応を検討することもあります。

D 食物・食材を扱う活動

原因物質に触れることや吸い込むことでアレルギー症状を起こす場合があります。施設では、小麦粘土の使用や調理体験、食品の容器包装を使った制作等、食物・食材を扱う活動があるため、配慮が必要な場合はこの欄に指示を記載してください。

E 特記事項

食物アレルギーに関して、その他に施設での生活において特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、本欄に記載してください。また、食物経口負荷試験等の結果を基に医師が食事の指導をしている場合などに、子どもの家庭における喫食状況を本欄に記載することも可能です。

なお、施設における対応については、指導表に基づき施設の職員が保護者と相談して決定します。「C 原因食品・除去根拠」で記載された食品は完全除去を基本とします。家庭における喫食状況とは必ずしも一致しないことがあります。

給食の使用食品一覧

この一覧は、医療機関において、食物アレルギーの診断のため、血液検査や食物負荷試験を行う際の参考として
いただくため、保育施設の給食で使用する代表的な食品をまとめたものです。

- 離乳食が完了した、乳児食・幼児食に使用する食品です。
- 平成25~30年度の実績です。現在使用していない食品を今後、提供する可能性もあります。
- 調味料や市販菓子については、メーカーや商品により、原材料が異なります。
- 魚や野菜、果物などを別の種類に変更することもあります。

鶏卵・卵	鶏卵	大豆・豆類	豆腐	魚類	しらす干し	果物類	かんきつ類
	マヨネーズ		きな粉		かれい		りんご
	うずら卵		高野豆腐		タイ		もも
			納豆		タラ		なし
牛乳・乳製品	枝豆		ヒラメ		わかさぎ(卵含む)		メロン
	豆乳		かつお節		スイカ		スイカ
	小豆		サケ		柿		柿
	金時豆		ツナ缶(まぐろ・かつお)		レーズン		レーズン
	大豆油		メカジキ		パイナップル(缶詰)		パイナップル
	しょうゆ		さば				
	味噌		さわら				
			ぶり				
			スズキ				
			赤魚				
			魚だし				
小麦・麦類	ごま						
	小麦粉	軟体類・貝類	いりごま	肉類	鶏肉	野菜・きのこ類	えのきだけ
	食パン		すりごま		豚肉		しめじ
	うどん		練りごま		ハム		エリンギ
	そうめん		ごま油		ベーコン		しいたけ
	スペゲッティ				ウインナー		かぼちゃ
	麩						小松菜
	しょうゆ						チンゲン菜
	白しょうゆ		イカ				水菜
	穀物酢		あさり				トマト
	スープの素						ニンジン
	麦茶		子持ちししゃも				ほうれん草
芋類							ブロッコリー
							ピーマン
							グリーンアスパラガス
							さやいんげん
							さやえんどう
							キャベツ
							玉ねぎ
							とうがん
							なす
							大根
							白菜
							キュウリ
調味料・その他							ネギ
							縁豆もやし
							レンコン
							グリンピース
							にんにく
							しょうが
芋類							など
米							

食物アレルギー対応給食申請書(新規・継続)

提出日 令和 年 月 日

(施設名) _____

保護者氏名 _____ 印

1 食物アレルギーに関する施設における給食対応について、下記の必要書類を添えて申請します。

ふりがな 名前			性別	男・女	
生年月日	平成 年 月 日 (歳 ケ月) 令和			クラス	組
住 所	〒 _____ TEL () -				
緊急連絡先	①	名前	(続柄:)	TEL	携帯
	②	名前	(続柄:)	TEL	携帯
	③	名前	(続柄:)	TEL	携帯
	④	名前	(続柄:)	TEL	携帯

●添付書類(必須)

保育所等におけるアレルギー疾患生活管理指導表【様式2】

2 これまでの食物アレルギーの経過及び受診医療機関

●アレルゲンと摂取時に経験した症状

アレルゲン	摂取時に経験した症状				発症確認時期
<input type="checkbox"/> 鶏卵	<input type="checkbox"/> 未摂取または IgE 抗体陽性による除去のため、症状の経験なし				
<input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品	<input type="checkbox"/> 発赤、じんま疹	<input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、唇・顔の腫れ			平成 年 月頃
<input type="checkbox"/> 小麦	<input type="checkbox"/> 湿疹	<input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状			令和
<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状	<input type="checkbox"/> ショック症状			
	<input type="checkbox"/> アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> その他 ()			
<input type="checkbox"/> 鶏卵	<input type="checkbox"/> 未摂取または IgE 抗体陽性による除去のため、症状の経験なし				
<input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品	<input type="checkbox"/> 発赤、じんま疹	<input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、唇・顔の腫れ			平成 年 月頃
<input type="checkbox"/> 小麦	<input type="checkbox"/> 湿疹	<input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状			令和
<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状	<input type="checkbox"/> ショック症状			
	<input type="checkbox"/> アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> その他 ()			
<input type="checkbox"/> 鶏卵	<input type="checkbox"/> 未摂取または IgE 抗体陽性による除去のため、症状の経験なし				
<input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品	<input type="checkbox"/> 発赤、じんま疹	<input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、唇・顔の腫れ			平成 年 月頃
<input type="checkbox"/> 小麦	<input type="checkbox"/> 湿疹	<input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状			令和
<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状	<input type="checkbox"/> ショック症状			
	<input type="checkbox"/> アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> その他 ()			

裏面あり

<input type="checkbox"/> 鶏卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 〔 〕	<input type="checkbox"/> 未摂取またはIgE抗体陽性による除去のため、症状の経験なし <input type="checkbox"/> 発赤、じんま疹 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、唇・顔の腫れ <input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他（ ）	平成 年 月頃 令和
<input type="checkbox"/> 鶏卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 〔 〕	<input type="checkbox"/> 未摂取またはIgE抗体陽性による除去のため、症状の経験なし <input type="checkbox"/> 発赤、じんま疹 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、唇・顔の腫れ <input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他（ ）	平成 年 月頃 令和

●食物アレルギーのために受診している医療機関

医療機関名 _____ 医師名 _____

上記医療機関への受診は、（ およそ_____ヶ月ごと ・ 年1回以上 ・ 必要時 ）

最後に受診したのは、（ 令和 年 月 日 ）

緊急時に備えた処方薬が、（ ある ・ ない ）

➡ 内服薬（ ）
アドレナリン自己注射薬（エピペン®）
その他（ ）

3 食物アレルギー対応給食を実施するにあたっての確認事項

●下記のことを理解して同意します。（該当する箇所をチェックしてください。）

- 栄養、献立面で不足が生じるおそれがあること
- 献立の原材料が変更される場合があること
- 集団給食において対応が難しい場合は、弁当持参などの協力を依頼する場合があること
- 微量混入（コンタミネーション）の可能性が完全には排除できないこと
- 定期的及び必要に応じて、対応内容について施設と協議する必要があること
- 定期的に医師の診断を受け、申請書と添付書類を年に一度は施設に提出し、面談によって具体的な対応について確認すること
- 必要に応じて、施設から上記医療機関に診療情報を照会すること
- 緊急時には、アレルギー児緊急時個別対応票【様式4】に基づいて、内服薬の投与またはエピペン®の注射（施設に内服薬やエピペン®を預ける場合）や、指定された病院への搬送を行う場合があること
- この申請書及び給食対応の内容は、施設の全職員に情報が共有されること
- 消防署と情報共有すること

4 その他特記事項

食物アレルギー対応給食申請書(変更・解除)

提出日 令和 年 月 日

(施設名) _____

保護者氏名 _____ 印

1 食物アレルギーに関する施設における給食対応について、下記のとおり(変更 ・ 除去の解除)を申請します。

ふりがな 名前		性 別	男 ・ 女
生年月日 令和	平成 年 月 日 (歳 ケ月)	クラス	組

●変更する内容について具体的に記入してください。

	現在	今後
原因食品		
その他 配慮事項など		

●除去を解除する食品がある場合は、下線のことについても確認の上、□にチェックをしてください。

除去を解除する食品：()

上記の食品について、医師の指導のもと、これまでに家庭で複数回(2~3回以上)食べて、症状が誘発されていないので、施設における除去の解除を申請します。

※すべての除去が解除となり、施設における給食対応が不要となった場合は、裏面の記入は不要です。

裏面あり

2 食物アレルギー対応給食を実施するにあたっての確認事項

●下記のことを理解して同意します。(該当する箇所をチェックしてください。)

- 栄養、献立面で不足が生じる可能性があること
- 献立の原材料が変更される場合があること
- 集団給食において対応が難しい場合は、弁当持参などの協力を依頼する場合があること
- 微量混入（コンタミネーション）の可能性が完全には排除できないこと
- 定期的及び必要に応じて、対応内容について施設と協議する必要があること
- 定期的に医師の診断を受け、申請書と添付書類を年に一度は施設に提出し、面談によって具体的な対応について確認すること
- 必要に応じて、施設から上記医療機関に診療情報を照会すること
- 緊急時には、アレルギー児緊急時個別対応票【様式4】に基づいて、内服薬の投与またはエピペン®の注射（施設に内服薬やエピペン®を預ける場合）や、指定された病院への搬送を行う場合があること
- この申請書及び給食対応の内容は、施設の全職員に情報が共有されること
- 消防署と情報共有すること

3 その他特記事項

