

## 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) ヒルズウォーク徳重園

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	平成 年 月 日 ( 歳 ヶ月) 令和	クラス	歳児	

**●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場合があること
- 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

[ ]