

※保護者が1～6まで記入し、生活管理指導表と一緒に提出してください。

クラス	名前	性別	生年月日(年齢)
			年 月 日 (歳 か月)

1 食物アレルギー及びアナフィラキシーの出現状況について記入してください。

いつ(年齢)	原因食品	症状	ショック
			有・無
			有・無
			有・無

2 処方薬の内容について記入してください。

軟膏 あり・なし (薬名)	内服薬 あり・なし (薬名)	エピペン® あり・なし (保管場所)
-------------------	--------------------	------------------------

3 家庭での対応について記入してください(家庭での除去状況, 調理器具の共用, 外食, おやつ等)

原因食品	家庭での対応

4 除去すべき食品の詳細を記入してください。

特になし

5 保育施設での留意点について記入してください。

給食での食物アレルギー対応を	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない(弁当持参)
その他	

6 情報の共有について

生活管理指導表の内容について、必要時に保育施設から直接主治医に確認することに同意します。

保護者氏名

印

7 面接日時

日時	令和 年 月 日 時 分～ 時 分
場所	
出席者	保護者()・園長・担任・栄養士・その他()

8 面接による検討により決定した実施計画

給食, 離乳食	
おやつ	
アレルギー用調整乳	
食物・食材を扱う活動	
運動	
その他	