

※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

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 | |