

食物アレルギー指示書

木津幼稚園 学園台こども園 リトルディッパーナーサリー

児童名 (ふりがな)	生年月日 平成・令和 (西暦 年)	歳児 男・女 年 月 日生
1. 病名 []		
2. 治療薬 ①内服薬 [無 ・ 有 :] ②外服薬 [無 ・ 有 :] ③緊急時の薬 [無 ・ 有 :]		
3. 指導 ①アナフィラキシーの既往歴の有無 [無 ・ 有 :] ②アレルゲン [] ③除去食の必要性 [無 ・ 有 (⇒※除去の程度を右表に記入お願いします)] この指導での除去期間 [およそ 月 (R 年 月頃まで)] ④集団保育生活で注意すべき事項 ▼摂取した場合出現する可能性のある症状 即時型 <input type="checkbox"/> ショック <input type="checkbox"/> 咳き込み <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 腹痛・嘔吐 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 掻痒感 <input type="checkbox"/> その他 [] 非即時型 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 掻痒感 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他 [] ▼アナフィラキシー症状(即時型反応)時の対応 <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>		
※緊急連絡医療機関名 電話番号 []		

食物除去の程度

食べてはいけないものに×を記入して下さい。

★こども園では、そばの料理を実施しておりません。

また、生卵・半熟卵料理も実施しておりません。すべて十分な加熱調理のみです。

	除去すべき食品	主な食品
卵	()生卵、半熟卵	鶏卵、うずら卵、あひる卵
	()卵が生で使用されている菓子類	アイスクリーム、ミルクセーキ、あわゆき、ムース
	()マヨネーズ	タルタルソース
	()卵を多く使った料理	ゆで卵、卵焼き、オムレツ、スクランブルエッグ、茶碗蒸し
	()卵を多く使った菓子類	カステラ、ケーキ、卵ボーロ、プリン、カスタードクリーム、ホットケーキ
	()卵を使った焼き菓子	ビスケット、クッキー、菓子パン
	()つなぎに入るもの	食パン、揚げ物の衣、天ぷら粉、冷凍食品、ラーメン、ハンバーグ
	()魚卵	たらこ、もみじこ、ししゃも
牛乳	()鶏肉、ガラスープ、コンソメ	
	()牛乳、育児用粉ミルク	生クリーム(ホイップ生使用)
	()乳製品	チーズ、ヨーグルト、バター、マーガリン
	()牛乳を使った料理	ホワイトソース、シチュー、グラタン、ポタージュ、生クリーム(加熱用)
	()牛乳を多く使った菓子類	カステラ、ケーキ、プリン、カルピス・ヤクルトなどの乳酸菌飲料
	()牛乳入りの菓子類	ビスケット、チョコレート、キャラメル、シャーベットなど
	()つなぎに入るもの	ハム、ソーセージ、ウインナー、インスタントカレーなど
	()牛肉、ゼラチン	
そば	()麺、そば粉	そば製品類
小麦	()麺類、皮類	うどん、そうめん、中華そば、餃子・春巻き・シューマイ・ワンタンの皮
	()パスタ	スパゲティ、マカロニ
	()パン類、麩	食パン、バターロール、フランスパン、菓子パン、揚げ物、麩
	()小麦粉を使った料理	カレーシチュー、ホワイトシチュー、グラタン、ルウ
	()小麦粉を使った菓子類	ケーキ類、クッキー類、ビスケット類、菓子パン類
	()調味料、その他	醤油、食酢、麦茶
	()低アレルギー小麦粉	デュラムセモリナ粉、国内産高度製粉小麦
	大豆・種実	()大豆そのもの
()大豆加工品		きな粉、納豆、湯葉、豆腐、高野豆腐
()豆乳、大豆乳		豆乳、調整豆乳、ボンラクト、ソーヤミール
()大豆油		大豆油、サラダ油、天ぷら油、
()大豆、大豆油を使った食品		うす揚げ、油揚げ、がんもどき
()大豆油を使った食品		スナック菓子、揚げ物、マーガリン、カレールー、そうめん、マヨネーズ、油漬浸漬詰
()他の豆類		インゲン豆、金時豆、えんどう豆、そら豆、とら豆、小豆
()調味料		味噌、醤油、味付けのり、みりん干し
()種実類		ピーナッツ、ごま、アーモンド、ピーナッツバター、その他のナッツ類
米		()精白米、胚芽米、もち米、玄米
	()米油	米油を使った冷凍食品、レトルト食品、スナック菓子
	()低アレルギー米	Aカット米、ファインライス、ゆきひかりなど
	()調味料	米酢、みりん

★その他の食品で、除去すべきものがありましたら記入して下さい！

[]

令和 年 月 日

医療機関名

担当医師名

印