

(新規・継続)

施設長	保育担当	調理担当

【食事内容変更届（食物アレルギー）】

変更開始日： 西暦 年 月 日 本届け有効期限： 西暦 年 月 日

保護者記入欄

お子様氏名

「Ⅰ」または「Ⅱ」に○をつけて下さい。

Ⅰ. 食事の内容変更を依頼します。

Ⅱ. ポピンズナーサリーで、食事変更が困難な為、弁当を持参します。

※今後、経過をみて給食提供に移行していきますので、定期的な受診をお願いいたします。

アナフィラキシーについて

アナフィラキシーを起こしたことがありますか。

(ない ・ ある 回位)

アナフィラキシーショックを起こしたことがありますか。

(ない ・ ある 回→最後に起こしたのは 年 月)

小児喘息はありますか。 (ない ・ ある _____)

アトピー性皮膚炎はありますか。 (ない ・ ある)

西暦 年 月 日 保護者氏名 _____ 印 _____

お医者様のご記入をお願いします（裏面も）

1. 保育園での給食についてお尋ねします 項目に○をおつけ下さい

■ (新規) 食物アレルギーによりアレルギー食品の除去をして下さい。

■ (継続) 食物アレルギーにより (食品: _____) 除去を継続して下さい。

■ (変更) 食物アレルギーによる (食品: _____) 除去内容の変更をして下さい。

■ (完全解除) 食物アレルギーによる (食品: _____) 除去の解除をして下さい。

2. 摂取後に起こる可能性のある症状に○をおつけ下さい

・ 皮膚症状 (蕁麻疹 湿疹)

・ 消化器症状 (嘔吐 下痢)

・ 呼吸症状 (咳 喘鳴)

・ その他の症状 (_____)

3. 除去期間の見通し ・ 6ヶ月以内 ・ 1年以内 ・ その他(_____)

4. 現在処方されている薬に付いてご記入下さい (ない ・ ある _____)

5. 誤食した場合の薬についてご記入下さい (ない ・ ある _____)

6. その他、注意する点がありましたらご記入下さい

お医者様のご記入をお願いします

該当するアレルギー食品にチェックを入れ、グループごとに可・不可を○×でご記入下さい。

✓	種類	可(○)、 不可(×)		含有量別グループ	
		○	×		
✓	鶏卵	○	×	軽	・生卵が含まれる食品(生卵・アイスクリーム・ミルクケーキ・マヨネーズなど)
		○	×	中	・加熱した全卵が相当量含まれる食品・卵料理(ゆで卵・玉子焼き・オムレツ・目玉焼き・プリン・茶碗蒸し・卵とじ・卵スープ・卵豆腐・ケーキ・カステラなど)
		○	×	重	・加熱した全卵または、卵白が少量から微量含まれる食品(はんぺん、かまぼこなど練り製品・表面が照りのあるパン・ビスケット・ポウロ・パン・ホットケーキ・てんぷら粉・ドーナツ・てんぷら・フライの衣など) ・食品表示で鶏卵成分の記載のあるもの
		○	×	重	・鶏肉またはそれを用いた料理(チキンコンソメ・鶏だしを用いた料理)
✓	牛乳	○	×	軽	・生の牛乳またはそれを用いた食品(生クリーム・アイスクリーム・ミルクケーキなど) ・生の牛乳を主原料とした食品(牛乳・調製粉乳・練乳)・発酵乳(ヨーグルト・乳酸飲料)・粉ミルク
		○	×	中	・牛乳・乳製品が含まれる食品(プリン・パバロア・グラタン・ホワイトソース・クリームシチュー・ハム・ソーセージなど)・チーズ・またはそれを用いた食品 ・加熱された牛乳やバターが少量含まれる食品(ビスケット・ケーキ・パン・クッキー・ドーナツなど) ・牛乳を加工した食品(バター・マーガリン・ショートニング)
		○	×	重	・食品表示で「乳糖」の記載がある食品・食品表示で乳製品表示の記載があるもの・牛肉、ゼラチンなど
✓	小麦	○	×	軽	・強力粉を使用した食品(パン・パスタ・麺・麩など)
		○	×	中	・薄力粉を使用した食品(ケーキ・クッキー・菓子類・肉・練り製品のつなぎ・ルーなど)
		○	×	重	・醤油・味噌・酢
✓	大豆	○	×	軽	・大豆・おから・市販植物油のほとんど(大豆油・てんぷら油・サラダ油など)・豆乳 ・ルー・チョコレート・ココア・インスタント食品・油を使用した菓子(スナック菓子など)・ピーナッツ・ナッツ類
		○	×	中	・納豆・黄な粉・またはその加工品
		○	×	重	・その他の豆類(小豆・もやし・インゲン豆・グリーンピース・枝豆)・豆腐類・油揚げ・がんもどき・生揚げなど ・味噌、またはその加工食品・醤油、またはその加工食品
✓	その他のアレルギー食品 (摂取不可能なものがあればご記入ください)		×		
			×		
			×		

西暦 年 月 日

病院名・受診科

医師名 印

電話番号

(新規・継続)

【食事内容変更届 (宗教・家庭の方針)】

- * 除去対応は食材、食品の除去のみとさせていただきます。
(食器、調理器具、洗浄スポンジなどは安全面での理由より分けることができません。)
- * ナーサリーでの除去対応が出来ない場合は、お弁当をご持参いただきます。
- * 代替食品は一般的な食材を扱う店で購入できるもので行います。
宗教対応の専門店でのみ扱うような食品は、入手困難な為、使用できません。

「Ⅰ」または「Ⅱ」に○をつけて下さい。

Ⅰ 食事内容変更の依頼

食事内容の変更を依頼します。

① 食べられない食材	
② 除去の方法 (どちらかに○)	食べられない食材そのものを除去して下さい。
	食べられない食材そのものと、それを含む食品を除去して下さい。

Ⅱ 弁当持参の承諾

ポピンズナーサリーで、食事変更の対応が困難な為、弁当を持参します。

食べられない食材 _____

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

お子様氏名 _____

保護者氏名 _____ 印

ナーサリー記入欄

変更開始日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

本依頼書有効期限: _____ 年 _____ 月 _____ 日

施設長	保育担当	調理担当