

食物アレルギー・アナフィラキシー・乳糖不耐症 連絡書

※総社市 保育所(園)・こども園・幼稚園版※

【保護者記入欄】 _____ 園 園児名 _____ (_____ 年 _____ 月 _____ 日生)

子どもの食物アレルギーやアナフィラキシーなどに対して園での対応をお願いします。給食では、アレルギー対応を【新規に・継続・変更・解除】していただくようお願いします。なお、本情報を園の職員、緊急時には関係スタッフで共有することに同意します。 保護者署名： _____ 印

緊急連絡先

保護者① 名前 _____ 携帯電話 _____ - _____ - _____ 電話 _____
保護者② 名前 _____ 携帯電話 _____ - _____ - _____ 電話 _____
医療機関① 名前 _____ 電話 _____ 担当医名 _____
医療機関② 名前 _____ 電話 _____ 担当医名 _____

【担当医記入欄】

A アナフィラキシーの既往 なし あり → 「あり」の場合、原因と発生年月 (例：チーズ：R1年5月)
① _____ : _____ 年 _____ 月 ② _____ : _____ 年 _____ 月 ③ _____ : _____ 年 _____ 月

B 食物アレルギー なし あり 除去を解除 (解除する食品名： _____)
ありの場合 → 即時型 (※ほぼ2時間以内に症状が出現するもの) 非即時型
・即時型の特殊型 (口腔アレルギー症候群・食物依存性運動誘発アナフィラキシー)
・非即時型 (食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎・新生児・乳児消化管アレルギー・その他)

I 除去が必要な食品と、過去に誘発された症状

例：エビ (3,5) _____ () _____ () _____ () _____ ()
_____ () _____ () _____ () _____ () _____ ()

- 1 ショック・意識障害・顔色不良・血圧低下 2 呼吸苦・呼吸困難 3 咳・喘鳴
4 腹痛・嘔吐・下痢 5 発赤・蕁麻疹・かゆみ 6 口腔内違和感・声枯れ 7 唇や顔の腫れ
8 湿疹 (の悪化) 9 その他 (_____) 10 未摂取にて不明

II 即時型食物アレルギー症状出現時(接触も含む)の対応 →大至急保護者に連絡のこと！

☆園に薬持参の場合は別紙「緊急時食物アレルギー・アナフィラキシー対応表」も必ず記入ください。

内服薬 (_____) 吸入薬 (_____) 注射薬 (エピペン)

III 連絡書の再評価： 3～4ヶ月後 半年後 1年後 (5歳児に限って) 卒園まで不要

C 乳糖不耐症： なし あり → 「あり」の場合は裏面の表に除去の程度をご記入ください。

D 生活上の配慮や担当医からの連絡事項

- 1 抗原食物の接触回避に配慮が必要 (給食時の席、小麦粉粘土、牛乳パック工作・・・ 等)
2 その他 (_____)

(裏面にすすむ)

