

【様式・参考様式】

【川崎市保育施設における食物アレルギー対応マニュアルに関わる様式・参考様式】

※様式番号はおもに各用紙の右上に表示

* 健康管理委員会に関わる様式

様式 1	保護者宛て文書(食物アレルギー用)
様式 2	主治医宛て文書(食物アレルギー用)
様式 3	保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表(食物アレルギー・アナフィラキシー) (本マニュアル中では、「生活管理指導表」と表記した)
様式 4	除去食継続申請書
様式 5	除去食解除申請書
様式 6	与薬申請書
様式 7	主治医宛て文書(一般病・川崎病・与薬申請用)
様式 8	主治医意見書(一般病用)
様式 9	川崎市保育園{在園児健康診断・入園前健康診断}の結果報告
様式 10	施設長意見書
様式 11	与薬解除届

* 参考様式

様式 12	アレルギー対応実施計画書
様式 13	アレルギー対応経過記録票
様式 14	除去食実施にあたっての確認事項
様式 15	除去食・個別対応一覧表
様式 16	エピペン保管依頼書(長期用)
様式 17	エピペン保管依頼書(毎日用)
様式 18	緊急時個別対応票(表・裏)
様式 19	離乳期食材確認表
様式 20	災害時アレルギー児一覧
様式 21	非常用食糧品一覧
様式 22	ヒヤリハット検証記録
様式 23	事故発生報告書(誤食)・事故対応経過記録表

(この様式集は、民間保育所用に編集したものです。)

保護者各位

食物アレルギーをもつお子さまの園での対応について

川崎市の保育園では、アレルギー疾患を有するお子さまに対して、そのお子さまの最善の利益を考え、医学的、教育的、福祉的な観点から十分な配慮を行った上で、除去食などのアレルギー対応を行っております。

食物アレルギーのあるお子さまが、入園後も園で食物アレルギー対応を希望される場合は、食物アレルギー対応の申請を、川崎市保育所入所児童等健康管理委員会（以下、「健康管理委員会」）に行っていただきます。その際には、アレルギー疾患生活管理指導表を主治医またはかかりつけ医に作成していただき、申請書と合わせてご提出をお願いしております。

健康管理委員会では、提出していただいた生活管理指導表をもとに慎重に審議させていただき、アレルギー対応の必要性があり、かつ職員および園で対応できると判断した場合には、保育園での食物アレルギー対応をいたします。

除去する食品が多数である場合、または除去食品においてより厳しい除去が必要な場合など、園で対応が十分にできない場合には、お弁当、おやつ、飲み物の持参をお願いすることもあります。

また、食物アレルギー対応を実際に行う時、園でもできる限り注意をいたしますが、誤食（思わずお友達の食べ物を食べてしまうなど）等の思いがけない事態が生ずる恐れもあります。そのため園では緊急の場合にはすぐに保護者に連絡を取りますが、園の判断で救急車の要請や医療施設への搬送を行うことがありますことをご了承ください。

なお、健康管理委員会での審議の結果、誤食によるショック等の危険性が高く、集団生活が困難と判断した場合は、園児の生命を第一に考え、入園を保留とする意見を保育園の入所決定を行う保健福祉センターに報告することもございますので、あらかじめご了承ください。

川崎市保育所入所児童等健康管理委員会委員長

川崎市保育所入所児童等健康管理委員会

保育園での園児の健康管理に万全を期すため、医師・保育園関係者・行政職員等で組織された、川崎市が設置する委員会。疾病・障害等により保育園での受入れに疑義ある場合や、アレルギー対応の必要性等を審議する。

主治医・かかりつけ医 殿

平素より川崎市保育園活動にご協力いただき誠にありがとうございます。

従来川崎市の保育園では、食物アレルギーをもつ子どもに、食物の除去を始めとしたアレルギー対応をおこなう事を保護者が希望される場合には、主治医の先生から意見書をいただき、それを基に川崎市保育所入所児童等健康管理委員会で検討の上、対応を決定してまいりました。

また川崎市では、子どもの健全な発育発達には安易な食物除去は問題があると考え、個々の食物アレルギーの状態に合わせて、可能な場合には段階的除去を行ってまいりました。

しかし本年度より安全性をより高める目的で、厚労省の「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」に準じた対応を行うため、食物アレルギー対応において、**完全除去対応**を取り入れることとなりました。これは食物アレルギー対応の煩雑さを軽減する事で事故を未然に防止し、食物アレルギーによる症状から子どもを守るためでありますので、主治医・かかりつけ医の先生方にもご理解、ご協力をいただきますようお願い申し上げます。

従来の「除去食申請に対する主治医意見書」に代わりまして、新たに「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表」をご記入いただく事となりますので、今後は全て新しい書式の「アレルギー疾患生活管理指導表」にご記載をいただけます様お願い致します。

なお食物アレルギーの診断が不確かな場合には、ぜひ川崎市内のアレルギー専門医療機関(*)へのご紹介をお願い致します。

以上ご賢察の上、何卒ご協力の程宜しくお願い申し上げます。

(*) 参考資料 食物経口負荷試験 実施施設一覧 (食物アレルギー研究会 HP より)

<https://www.foodallergy.jp/ofc/kantou2022/>

アレルギー疾患の専門的診療を行う医療機関 (神奈川県 HP より)

<https://www.pref.kanagawa.jp/documents/4189/kawasaki.pdf>

川崎市保育所入所児童等健康管理委員会委員長

川崎市保育所入所児童等健康管理委員会

保育園での園児の健康管理に万全を期すため、医師・保育園関係者・行政職員等で組織された、川崎市が設置する委員会。疾病・障害等により保育園での受入れに疑義ある場合や、アレルギー対応の必要性等を審議する。

(川崎市) ※「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」(2019年改訂版)より引用 一部改変

保護者記入欄⇒

保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表 (食物アレルギー・アナフィラキシー)

提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

名前 _____ 男・女 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳 _____ か月) _____ 組

※この生活管理指導表は、保育所の生活において特別な配慮や管理が必要となった子どもに限って、医師が作成するものです。

緊急連絡先

★保護者
電話： _____

★連絡医療機関
医療機関名： _____
電話： _____

	病型・治療	保育所での生活上の留意点	記載日																															
▼▼ 食 ア ナ ア レ ラ ギ ー シ ー (あ り ・ な し)	A. 食物アレルギー病型 1 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎 2 即時型 3 その他 (新生児・乳児消化管アレルギー・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・その他： _____)	A. 給食・離乳食 1 管理不要 2 管理必要 (管理内容については、病型・治療C欄及び下記C、E欄を参照)	年 _____ 月 _____ 日																															
	B. アナフィラキシー病型 1 食物 (原因： _____) 2 その他 (医薬品・食物依存性運動誘発アナフィラキシーラテックスアレルギー・昆虫・動物のフケや毛)	B. アレルギー用調整粉乳 1 不要 2 必要 下記該当ミルクに○、又は () 内に記入 ミルフィーHP・ニューMA-1・ペプディエット エレメンタルフォーミュラ・その他 (_____)	医師名 _____																															
	C. 原因食品・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に除去根拠を記載 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">1 鶏卵</td> <td style="width: 15%;"></td> <td rowspan="15" style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: top;"> 《除去根拠》 該当するものを枠内に番号を記載 ① 明らかな症状の既往 ② 食物負荷試験陽性 ③ IgE抗体等検査結果陽性 ④ 未摂取 </td> </tr> <tr><td>2 牛乳・乳製品</td><td></td></tr> <tr><td>3 小麦</td><td></td></tr> <tr><td>4 ソバ</td><td></td></tr> <tr><td>5 ピーナッツ</td><td></td></tr> <tr><td>6 大豆</td><td></td></tr> <tr><td>7 ゴマ</td><td></td></tr> <tr><td>8 ナッツ類*</td><td>(すべて・クルミ・カシュー・アーモンド・ _____)</td></tr> <tr><td>9 甲殻類*</td><td>(すべて・エビ・カニ・ _____)</td></tr> <tr><td>10 軟体類・貝類*</td><td>(すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ・ _____)</td></tr> <tr><td>11 魚卵*</td><td>(すべて・イクラ・タラコ・ _____)</td></tr> <tr><td>12 魚類*</td><td>(すべて・サバ・サケ・ _____)</td></tr> <tr><td>13 肉類*</td><td>(鶏肉・牛肉・豚肉・ _____)</td></tr> <tr><td>14 果物類*</td><td>(キウイ・バナナ・ _____)</td></tr> <tr><td>15 その他*</td><td>(_____)</td></tr> </table>	1 鶏卵		《除去根拠》 該当するものを枠内に番号を記載 ① 明らかな症状の既往 ② 食物負荷試験陽性 ③ IgE抗体等検査結果陽性 ④ 未摂取	2 牛乳・乳製品		3 小麦		4 ソバ		5 ピーナッツ		6 大豆		7 ゴマ		8 ナッツ類*	(すべて・クルミ・カシュー・アーモンド・ _____)	9 甲殻類*	(すべて・エビ・カニ・ _____)	10 軟体類・貝類*	(すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ・ _____)	11 魚卵*	(すべて・イクラ・タラコ・ _____)	12 魚類*	(すべて・サバ・サケ・ _____)	13 肉類*	(鶏肉・牛肉・豚肉・ _____)	14 果物類*	(キウイ・バナナ・ _____)	15 その他*	(_____)	C. 除去食品においてより厳しい除去が必要なもの 病型・治療のC欄で除去の際に、より厳しい除去が必要となるものみに○をつける ※本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した料理については、給食対応が困難となる場合があります。 1 (鶏卵) 卵殻カルシウム 2 (牛乳・乳製品) 乳糖 3 (小麦) 醤油・酢・麦茶 6 (大豆) 大豆油・醤油・味噌 7 (ゴマ) ゴマ油 12 (魚類) かつおだし・いりこだし 13 (肉類) エキス	医療機関名 _____
	1 鶏卵		《除去根拠》 該当するものを枠内に番号を記載 ① 明らかな症状の既往 ② 食物負荷試験陽性 ③ IgE抗体等検査結果陽性 ④ 未摂取																															
	2 牛乳・乳製品																																	
	3 小麦																																	
	4 ソバ																																	
	5 ピーナッツ																																	
	6 大豆																																	
	7 ゴマ																																	
8 ナッツ類*	(すべて・クルミ・カシュー・アーモンド・ _____)																																	
9 甲殻類*	(すべて・エビ・カニ・ _____)																																	
10 軟体類・貝類*	(すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ・ _____)																																	
11 魚卵*	(すべて・イクラ・タラコ・ _____)																																	
12 魚類*	(すべて・サバ・サケ・ _____)																																	
13 肉類*	(鶏肉・牛肉・豚肉・ _____)																																	
14 果物類*	(キウイ・バナナ・ _____)																																	
15 その他*	(_____)																																	
D. 緊急時に備えた処方薬 1 内服薬 (抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) 2 アドレナリン自己注射薬「エビペン®」 3 その他 (_____)	D. 食物・食材を扱う活動について 1 管理不要 2 原因食材を教材とする活動の制限 (_____) 3 調理活動時の制限 (_____) 4 その他 (_____)	電話 _____																																
*は () の中の該当する項目に○をするか具体的に記載すること	E. 特記事項 (その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定)																																	

● 保育所における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を保育・教育施設の職員及び行政機関・消防機関・医療機関等と共有することに同意します。

保護者氏名 _____

(川崎市) ※「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」(2019年改訂版)より引用 一部改変

保護者記入欄⇒

保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表 (食物アレルギー・アナフィラキシー)

提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

名前 _____ 男・女 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳 _____ か月) _____ 組

※ この生活管理指導表は、保育所の生活において特別な配慮や管理が必要となった子どもに限って、医師が作成するものです。

緊急連絡先は保護者が記入します。

★保護者
電話： _____

★連絡医療機関
医療機関名： _____

電話： _____

病型・治療		保育所での生活上の留意点		記載日	
▼ ▼ 食 物 ア レ ル ギ ー シ ー (あり・なし)	A. 食物アレルギー病型 1 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性 2 即時型 3 その他 (新生児・乳児消化管アレルギー 食物依存性運動誘発アナフィラキシー)	アナフィラキシーありの場合は必ず原因の記入をしてください。	A. 給食・離乳食 1 管理不要 2 管理必要 (管理内容については、病型・治療C欄及び下記C、E欄を参照)	年 _____ 月 _____ 日	
	B. アナフィラキシー病型 1 食物 (原因： 2 その他 (医薬品・食物依存性運動誘発アナフィラキシー ラテックスアレルギー・昆虫・動物のフケや毛)		B. アレルギー用調整粉乳 1 不要 2 必要 下記該当ミルクに○、又は () 内に記入 ミルフィーHP・ニューMA-1・ペプディエット エレメンタルフォーミュラ・その他 (_____)	医師名 _____	
	C. 原因食品・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に除去根拠を記載 1 鶏卵 2 牛乳・乳製品 3 小麦 4 ソバ 5 ナッツ類* 6 甲殻類* 7 軟体類・貝類* 8 魚卵* 9 魚類* 10 肉類* 11 果物類* 12 その他* *は () の中の該当する項目に○を	《除去根拠》 該当するものを枠内に番号を記載 ① 明らかな症状の既往 ② 食物負荷試験陽性 ③ IgE抗体等検査結果陽性 ④ 未摂取	C. 除去食品においてより厳しい除去が必要なもの 病型・治療のC欄で除去の際に、より厳しい除去が必要となるものみに○をつける ※本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した料理については、給食対応が困難となります。	E. 特記事項 (その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定)	医療機関名 _____
	D. 緊急時に備えた処方薬 1 内服薬 (抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) 2 アドレナリン自己注射薬「エピペン®」 3 その他 (_____)	記載してある食品以外に該当する食品がある場合は、() 内に記載します。	食物・食材を扱う活動について 1 管理不要 2 原因食材を教材とする活動の制限 (_____) 3 調理活動時の制限 (_____) 4 その他 (_____)	ここに記載されている食材は極微量のアレルゲンが含有されている程度であり、基本的に除去する必要がありません。本欄に○がついた場合には給食対応が困難となりますので、慎重に考慮下さい。	電話 _____

保育所での与薬が必要な場合は、与薬のタイミング等の指示等を記載する「主治医意見書(様式あり)」が必要となります。

活用するため、本表に記載された内容を保育・教育施設の職員及び行政機関・消防機関・医療機関等と共有することに同意します。

保護者氏名 _____

除去食継続申請書

健康管理委員会殿

申請日 令和 年 月 日

施設名

保護者氏名

ふりがな
児童名

(男・女)

生年月日

平成
令和

年 月 日

指示を頂いている医療機関名：

先生のお名前：

先生

本児において、主治医意見書、もしくは生活管理指導表にて除去を行っている

(食品名：

)

に関して、医師の指導のもと、除去食の継続を申請します。

除去食解除申請書

健康管理委員会殿

申請日 令和 年 月 日

施設名

保護者氏名

ふりがな
児童名

(男・女)

生年月日

平成 年 月 日
令和

指示を頂いている医療機関名：

先生のお名前：

先生

本児において、主治医意見書、もしくは生活管理指導表にて除去を行っている

(解除する食品名：

))
に関して、医師の指導のもと、複数回の摂食を行い症状の誘発が見られなかったため、
園における除去食を解除してください。

なお、(継続する食品名：

))
に関しては、医師の指導のもと、除去食の継続を申請します。

施設	健康管理委員会		
嘱託医	副部会長	副部会長	部会長

与薬申請書 (抗けいれん剤・エピペン・その他)

年 月 日

申請者名	施設名
------	-----

児童名	男・女	年 月 日生
-----	-----	--------

申請理由

熱性けいれんの家族歴の有無 (抗けいれん剤の申請の時のみ記入して下さい。)

父	有・無	才頃	
母	有・無	才頃	
兄弟姉妹他	有・無	才頃	
	有・無	才頃	
	有・無	才頃	

年 月 日

主治医 様

川崎市保育所入所児童等健康管理委員会委員長

主治医意見書の記載についてのお願い

拝啓 時下ますます御清栄のこととお慶び申し上げます。

日ごろ、保育園児の健康管理につきましては、御理解と御協力を賜り深く感謝しております。さて、本市におきましては、保育園児の健康管理の一環として、児童の保育について先生方の御高見をふまえ、適切な処遇を講ずるよう努めております。

つきましては、御繁忙の折、誠に恐縮に存じますが先生にお世話になっております（ ）の病状について、別紙主治医意見書に御記載くださいますようお願い申し上げます。

敬 具

(一般病用)

施設名

主治医意見書

年 月 日

所在地

医療機関名

電 話

医 師

住所 川崎市 区

児童名
男・女

年 月 日生
() 歳

病名

1. 現症発病よりの経過
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. 既往歴
.....
.....
.....
.....
.....

(一般病用)

3. 登園可能になった状況と検査結果

4. 今後の治療（経過観察）方針

5. 保育上、特に注意させる事項（例えば、水遊び・野外運動・運動会 e t c）

川崎市保育園 { 在園児健康診断 } の結果報告
 { 入園前健康診断 }

施設名 _____

ふりがな _____ 生年月日 _____
 児童名 _____ 年 月 日生

健康診断の結果、本児童の入園については、次の理由により健康管理上問題があると思われます。

入園可否の審議

健康診断の結果、本児童の入園については、次の理由により健康管理委員会での入園可否の審議が必要と思われます。

健康状態の報告

健康診断の結果、入園する本児童について、次の理由により健康管理委員会へ健康状態を報告いたします。

理由 _____

* なお、診断内容については別添入園前健康診断記録表を参照してください。

年 月 日 嘱託医 印

* 健康記録表と入園前健康診断記録表を添付して保育・子育て推進部運営支援・人材育成担当に提出してください。(エピペン申請の場合は添付不要です。)

* 入園の可否に係る場合のみ、保育・子育て推進部運営支援・人材育成担当に連絡後、各区児童家庭課に提出します。

年 月

施設長意見書

児童名：

児童の生年月日： 年 月 日

施設名：

施設長名：

① 施設長から見た現在（入所前健診時等）の児童の状況・親の状況

② 交流保育、園庭開放への児童の参加の有無と児童の様子

- ・ 参加の有無（有 ・ 無）
- ・ 参加している場合の児童の様子

[]

③ 療育センターとの連絡の有無および内容

- ・ 連絡の有無（有 ・ 無）
- ・ 有る場合の内容

[]

④ 施設から保護者への健康面、保育面についての指導の有無及び内容

- ・ 指導の有無（有 ・ 無）
- ・ 有る場合の内容

[]

⑤ その他

施設	健康管理委員会		
嘱託医	副部会長	副部会長	部会長

与薬解除届(抗けいれん剤・エピペン・その他)

(申請者)

施設名 _____

保護者氏名 _____

児童名 _____ (男・女) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

解除理由

_____ 年 _____ 月 _____ 日

指示医: _____ 医院・病院 _____ 先生

アレルギー対応実施計画書

児童名	(男・女)	生年月日	年 月 日
緊急連絡先	氏名	続柄	電話番号
1			自宅・職場・携帯
2			自宅・職場・携帯
3			自宅・職場・携帯

保護者との面談記録 面談日： 年 月 日 面談者： 母・父・()

提出書類	<input type="checkbox"/> 生活管理指導表 (⇒緊急連絡先の記入・保護者署名があるか確認) 【エピペン・与薬申請がある場合】 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 (一般病用) <input type="checkbox"/> 与薬申請書		
既往歴 通院状況	原因食品： 最後の発症年月： 年 月 発症時の症状： アナフィラキシー (有・無) エピペン・薬の処方 (有・無)	主治医： 通院回数： 月に1回程度受診 治療状況、医師からの指導等	
家での状況			
保育所での 対応の確認	<input type="checkbox"/> 事故を起こさないことを最優先に考え対応にあたることを伝える <input type="checkbox"/> 「除去食実施にあたっての確認事項」に沿って、園での対応を説明 <input type="checkbox"/> 家庭から持参する食事等 () <input type="checkbox"/> 「個別の献立表」の説明		
園生活での 留意点につ いての協議 内容	給食・おやつについて		
	食物・食材を扱う活動について		
	運動について		
	園外保育について		
	その他の配慮事項について		
緊急時・災 害時の対応	<input type="checkbox"/> 緊急連絡先・主治医等についての確認 ⇒ <input type="checkbox"/> アナフィラキシーがある場合は「緊急時個別対応票」を作成 <input type="checkbox"/> エピペン等の与薬の対応・預かり方法等について説明、確認 ⇒ <input type="checkbox"/> 与薬開始までの期間の緊急対応について協議しておく <input type="checkbox"/> 災害時の対応について確認 (非常食やアレルギーゼッケン着用について)		
その他の 協議内容			面談担当者

保育所での対応 (緊急時含む)

園での除去開始日： 年 月 日 除去食品名： 対応内容： 緊急時の対応： <input type="checkbox"/> 「食物アレルギー緊急時対応マニュアル」に従う <input type="checkbox"/> 他に指定あり ()	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">担 任</td> <td style="width: 25%;">栄 養 士</td> <td style="width: 25%;">看 護 師</td> <td style="width: 25%;">施 設 長</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	担 任	栄 養 士	看 護 師	施 設 長				
担 任	栄 養 士	看 護 師	施 設 長						

除去食実施にあたっての確認事項

_____保育園では、安全に給食提供を行うことを最優先とし、「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表」を川崎市保育所入所児童等健康管理委員会へ申請し、委員会の審議結果をもとに食物アレルギーの対応を行っています。適切な食物アレルギー対応ができるよう、下記の内容についてご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

アレルギー対応献立について

- 食物アレルギー対応献立は、一般食からの原因食品の完全除去を基本としています。
- 個別の献立表を作成し、事前にお渡しします。内容に誤りがないか、これまで食べたことがない食品がないか、ご家庭でご確認いただき、ご不明な点等ある場合は、速やかにご連絡ください。
- 当日の納品状況等により、献立の内容を変更する場合があります。(食物アレルギー原因食品は、除去します。)

除去食の調理、配膳について

- 食物アレルギー対応食は、通常の献立と同一の給食室で調理します。調理器具、食器は他の園児と共通のものを使用しますが、丁寧に洗浄、消毒したものを使用します。
- 食物アレルギー児は、個人専用トレイ、名札等を使用し、除去の必要がない献立の場合も専用トレイで配膳を行います。
- 園で除去対応しなければならない食品が複数含まれている料理は、その食品全てを除いて作ることがあるため、お子さんが本来食べられる食品も除く場合があります。

代替食の持参について

- 除去する食品数や量が多い献立では、給食対応が困難となる場合や成長や発達に欠かせない栄養素が不足する場合がありますため、ご家庭から代替食の持参をお願いいたします。
- 代替食は、当日に調理、加熱し、そのまま食べられる形状にしたものを保存容器等に入れ、お持ちください。(ご家庭からお持ちいただいた食材を調理することはできません。)
- 代替食を入れた容器、袋等には、必ず名前を記入してください。また、衛生面を考え、保冷剤、保冷バック等を利用してお持ちください。
- お持ちいただいた代替食は、登園時、職員にお渡しください。保育園で衛生的に管理します。
- 代替食の持参をお忘れになった場合は、保護者の方にご連絡の上、当日の献立から食べられるものを提供します。

申請書類の提出について

- 少なくとも年1回は食物除去の継続について医師の指示に基づき、除去食継続申請書の提出をお願いします。除去していた食物を解除する場合は、医師の指示に基づき、除去食解除申請書の提出をお願いします。(継続や解除の場合には、生活管理指導表の提出は不要です。)
- 新たに除去食品が増える場合には、生活管理指導表を提出して下さい。

緊急時対応について

- 誤食等の緊急時は、「食物アレルギー緊急時対応マニュアル」の手順に従い行動します。
- 災害時の用意として、アレルギー対応の非常食を準備しています。また、アレルギーゼッケンの着用を行います。

緊急時に備えた処方薬 エピペン保管依頼書(長期用)

管理開始日				クラス				児童名				生年月日				
年 月 日 ()								男・女				年 月 日				
保護者名								緊急連絡先								
医療機関名								受診日(直近)				年 月 日				
薬品名・量								使用期限				年 月 日				
施設 記載	施設での保管場所															
	保管上の注意点 「エピペン」の成分は、光により分解されやすいため、携帯用ケースに収められた状態で保管し、使用するまで取り出すべきではない。また、15℃～30℃で保存するのが望ましいので、冷所(例:冷蔵庫)または日光の当たる高温下等に放置すべきではない。															
	受け取り()															
確認	確認月日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	確認者															
	返却者															

- * 医師の処方の薬のみ保管します(処方箋とともに薬局で出される薬の説明書またはそのコピーを保管依頼書に添付して下さい)。
- * 薬は1回分とし薬の容器や袋にも組と氏名(フルネーム)を書いて下さい。
- * 緊急時(誤食時)の場合は、保護者に連絡しますので、必ず連絡が取れるようお願いします。
- * 使用後の廃棄方法を確認すること。
- * 長期に保管する場合、月に1度は確認する。

■緊急時個別対応票 (表)

年 月 日作成

クラス	名前	原因物質

緊急時に備えた与薬の預かり

管理 状況	エピペン®	有・無	
		保管場所	有効期限
	内服薬 (薬名:)	有・無	
		保管場所	

緊急時対応の原則

以下の症状が一つでもあればエピペン®を使用し、救急車を要請

<p>全身の症状</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>ぐったり <input type="checkbox"/>意識もうろう <input type="checkbox"/>尿や便を漏らす <input type="checkbox"/>脈が触れにくい または不規則 <input type="checkbox"/>唇や爪が青白い 	<p>呼吸器の症状</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>のどや胸がしめ付けられる <input type="checkbox"/>ゼーゼーする呼吸 <input type="checkbox"/>声がかすれる <input type="checkbox"/>犬が吠えるような咳 <input type="checkbox"/>息がしにくい <input type="checkbox"/>持続する強い咳込み <input type="checkbox"/>ゼーゼーする呼吸 	<p>消化器の症状</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>持続する強い(がまんでき ない)お腹の痛み <input type="checkbox"/>繰り返し吐き続ける
--	---	---

緊急時の連絡先

医療機関・消防機関		
救急(緊急)	119	
搬送医療機関①	名称	
	電話	
搬送医療機関②	名称	
	電話	
保護者連絡先		
名前	続柄	連絡先

医療機関、消防署への伝達内容

- 1.年齢、性別ほか患者の基本情報
- 2.食物アレルギーによるアナフィラキシー症状が現れていること
- 3.どんな症状がいつから現れて、これまでに 行った処置、またその時間

※特に状態が悪い場合は、意識状態、顔色、心拍、呼吸数を伝えられると良い

※その際、可能であれば本対応票を救急隊と共有することも有効

保護者への伝達・確認内容

- 1.食物アレルギー症状が現れたこと
- 2.症状や状況に応じて、医療機関への連絡や、救急搬送すること
- 3.(症状により)エピペン使用を判断したこと
- 4.保護者が園や病院に来られるかの確認
- 5.(救急搬送等の場合)搬送先を伝え、搬送先に保護者が来られるか確認

■緊急時個別対応票 (裏)

経過記録表

(氏名) _____ (生年月日) _____ 年 月 日 (歳 か月)

1.誤食時間	年 月 日 時 分					
2.食べたもの						
3.食べた量						
4.保育所で 行った処置	エピペン®	使用 あり ・ なし	時 分			
	内服薬	使用した薬()	時 分			
	その他	・口の中を取り除く ・うがいをさせる ・手を洗わせる ・触れた部位を洗い流す				
5.症状	◆症状のチェックは緊急性が高い、左の欄から行う(■⇒□⇒○)					
	全身	<input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 意識がもうろう <input type="checkbox"/> 尿や便を漏らす <input type="checkbox"/> 脈が触れにくいまたは不規則 <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い				
	呼吸器	<input type="checkbox"/> のどや胸が締め付けられる <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 犬が吠えるような席 <input type="checkbox"/> 息がしにくい <input type="checkbox"/> 持続する強い咳き込み <input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸	<input type="checkbox"/> 数回の軽い			
	消化器	<input type="checkbox"/> 持続する(がまんできない) お腹の痛み <input type="checkbox"/> 繰り返し吐き続ける	<input type="checkbox"/> 中等度のお腹の痛み <input type="checkbox"/> 1~2回の嘔吐 <input type="checkbox"/> 1~2回の下痢	<input type="checkbox"/> 軽い(がまんできる)お腹の 痛み <input type="checkbox"/> 吐き気		
	目・鼻・口・顔	<div style="background-color: red; color: white; text-align: center; padding: 10px;"> 上記の症状が 1つでも当てはまる場合 </div>	<input type="checkbox"/> 顔全体の晴れ <input type="checkbox"/> まぶたの晴れ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ、充血 <input type="checkbox"/> 口の中の違和感 <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、鼻づまり		
	皮膚		<input type="checkbox"/> 強いかゆみ <input type="checkbox"/> 全身に広がるじんま疹 <input type="checkbox"/> 全身が真っ赤	<input type="checkbox"/> 軽度のかゆみ <input type="checkbox"/> 数個のじんま疹 <input type="checkbox"/> 部分的な赤み		
			1つでも当てはまる場合	1つでも当てはまる場合		
	ただちに緊急対応	速やかに医療を受診	安静にし、注意深く経過			
6.症状の経過	時間	症状	脈拍 (回/分)	呼吸数 (回/分)	その他の症状・状態 等を把握した事項	
	:					
	:					
	:					
	※少なくとも 5分ごとに 注意深く 観察	:				
	:					
7.記録者名						
8.医療機関	医療機関名	主治医名	電話番号	備考		

離乳期食材確認表

児童名

生年月日

アレルギーへの配慮から以下の食品について家庭で食べたことがあるかどうかを確認します。チェック欄には食べられることが確認できた日付を入れて、保育園にお知らせください。その他の食品については、離乳食献立表を活用し、家庭であらかじめ食べておくようにしましょう。

5、6か月～	日付	7、8か月～	日付	9～11か月以降	日付	12～18か月以降	日付
[うどん]※		[鶏ささみ]※		卵料理		牛乳(飲用)	
食パン		[鶏レバー]					
[麩]				マヨネーズ		えび	
		卵黄(固ゆで)					
		全卵(つなぎ)					
白身魚							
[豆腐]※							
[凍豆腐]							
粉ミルク							

※のついている食品はカッコ内の中から1種類お試しください。

(R4.8)

災害時アレルギー児一覧

- ゼッケンはつけましたか？
- 保護者に避難所でもゼッケンを活用してもらうことを伝言してください。

①園長携帯番号	
②職員携帯番号	

児童名	アナフィラキシー や与薬の有無	対象アレルギー		① 緊急時の対応 ② 緊急連絡先 ③ かかりつけ医療機関	
		原因食品	その他の アレルギー		
	アナフィラキシー	有・無		①	
	エピペン	有・無			②
	抗アレルギー薬	有・無			③
	アナフィラキシー	有・無		①	
	エピペン	有・無			②
	抗アレルギー薬	有・無			③
	アナフィラキシー	有・無		①	
	エピペン	有・無			②
	抗アレルギー薬	有・無			③
	アナフィラキシー	有・無		①	
	エピペン	有・無			②
	抗アレルギー薬	有・無			③
	アナフィラキシー	有・無		①	
	エピペン	有・無			②
	抗アレルギー薬	有・無			③
	アナフィラキシー	有・無		①	
	エピペン	有・無			②
	抗アレルギー薬	有・無			③
	アナフィラキシー	有・無		①	
	エピペン	有・無			②
	抗アレルギー薬	有・無			③
	アナフィラキシー	有・無		①	
	エピペン	有・無			②
	抗アレルギー薬	有・無			③
	アナフィラキシー	有・無		①	
	エピペン	有・無			②
	抗アレルギー薬	有・無			③
	アナフィラキシー	有・無		①	
	エピペン	有・無			②
	抗アレルギー薬	有・無			③

災害時アレルギー児一覧

様式20（記入例）

- ゼッケンはつけましたか？
- 保護者に避難所でもゼッケンを活用してもらうことを伝えてください。

①園長携帯番号	090-0000-0000
②職員携帯番号	090-0000-0000

児童名	アナフィラキシー や与薬の有無		対象アレルギー		① 緊急時の対応 ② 緊急連絡先 ③ かかりつけ医療機関
			原因食品	その他のアレルギー	
<記入例> 川崎 太郎	アナフィラキシー	有・無	卵		① エピペン+救急搬送
	エピペン	有・無			② 母携帯090-0000-0000
	抗アレルギー薬	有・無			③ ○○病院044-000-0000
	アナフィラキシー	有・無			①
	エピペン	有・無			②
	抗アレルギー薬	有・無			③

《 非常用食糧品一覧 》

施設名 _____ 年 月 日現在

◆非常用食品名

食品名	個数	納入日	賞味期限	原材料名	備考	エネルギー (kcal)	たんぱく質 (g)	脂質 (g)	炭水化物 (g)	食塩相当量 (g)

◆粉ミルク

賞味期限	年	月	日	缶
------	---	---	---	---

賞味期限	年	月	日	缶
------	---	---	---	---

※粉ミルクには、ミネラルウォーターではなく、水道水か純水を使用する

◆非常用飲料水(純水)

賞味期限	年	月	日	ml入り	本
賞味期限	年	月	日	ml入り	本

◆食物アレルギー児用 対応食品

氏名	生年月日	除去食品					園での対応
		鶏卵	牛乳・乳製品	小麦	大豆・大豆製品	その他	

◆非常用お菓子(離乳期用を含む)

食品名	個数	納入日	賞味期限	原材料	備考

《 非常用食糧品一覧 記入例 》

施設名 _____

年 ____ 月 ____ 日現在

◆非常用食品名

食品名	個数	納入日	賞味期限	原材料名	備考	エネルギー (kcal)	たんぱく質 (g)	脂質 (g)	炭水化物 (g)	食塩相当量 (g)
アルファ米「五目ごはん」	50食	2019.6	2024.2	うるち米(国産)、味付乾燥具材(食用植物油、醤油、砂糖、乾燥人参、油揚げ、乾燥ごぼう、乾燥椎茸、こんにゃく、食塩)/ソルビトール、調味料(アミノ酸)、酸化防止剤(ビタミンE)、(一部に小麦・大豆を含む)	本製品は、えび、かに、乳成分、さけ、鶏肉、豚肉、まつたけ、ゼラチンを含む製品と同じ包装室で包装しています。	377	6.9	3.8	78.7	1.8

◆粉ミルク

賞味期限 2022年 3月 1日 2 缶

賞味期限 ____年 ____月 ____日 ____ 缶

※粉ミルクには、ミネラルウォーターではなく、水道水か純水を使用する

◆非常用飲料水(純水)

賞味期限	年	月	日	ml入り	本
賞味期限	年	月	日	ml入り	本

◆食物アレルギー児用 対応食品

氏名	生年月日	除去食品					園での対応
		鶏卵	牛乳・乳製品	小麦	大豆・大豆製品	その他	
ハナマル マルコ	R2.3.3		×				・離乳完了まで代替ミルク持参 スティック〇本保存
ハナマル マルオ	H30.5.5	×	×		×		・アルファ米不可、アレルギー用パン預かり有(3食 賞味期限2022.3)

◆非常用お菓子(離乳期用を含む)

食品名	個数	納入日	賞味期限	原材料	備考

担任	看護師	園長

ヒヤリハット検証記録

【いつ】	年 月 日()	時間:	時 分
【どこで】	保育室 給食室 廊下 トイレ 玄関 テラス プール 固定遊具() 園外(道路 公園) その他()		
【誰が】	歳児	組	名前 男 ・ 女
【どうした】			
【結果】	<p>・ヒヤっとした ・ケガはなかった ・ケガはあったが受診不要</p>		
【原因として考えられること】			
【再発防止のための改善点】			

(R4.8)

担任	看護師	園長

ヒヤリハット検証記録

【いつ】	年 月 日()	時間:	時 分
【どこで】	保育室 給食室 廊下 トイレ 玄関 テラス プール 固定遊具() 園外(道路 公園) その他()		
【誰が】	歳児	組	名前 男 ・ 女
【どうした】			
【結果】	<p>・ヒヤっとした ・ケガはなかった ・ケガはあったが受診不要</p>		
【原因として考えられること】			
【再発防止のための改善点】			

(R4.8)

(表)

担 当	看護師	園 長

事故発生報告書（誤食）

様式23（表）

施設名 _____ 報告書作成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

傷病名					
児童名	男・女	生年月日	年	月	日生 歳
発生日時	年	月	日 ()	時	分頃
事故等を確認した職員			事故等の報告を受けた職員		
原因食物	調理方法等		原因食物の量		
初期症状	当日の園児の体調				
発生場所 園舎内 園舎外 園外	現場地図（特に該当児、その場にいた全職員の配置は必ず記入）				
事故の概要 園児 人 職員 人 保護者 人	(1) どのようにして（事故が起きた時の状況） (2) どのような事故か（または怪我）が起きたのか				
応急処置の内容					
保護者への連絡	月	日	時	分	連絡者 _____ 受信者 _____
連絡した内容					
保護者の意向	受診の同意 有 ・ 無		病院指定 有 () ・ 無		
	受診時の同席希望 有 ・ 無		小児医療証 有 ・ 無		
医療機関	同伴者		受診手段		
病院への連絡（救急要請）	時	分	病院への到着時間		時 分

事故の検証

事故内容の職員周知	月 日	ミーティング・回覧・口頭伝達・（臨時全体）会議・他 ()
事故の検証	月 日	担任 (名) ・ 栄養士 ・ 調理員 ・ 看護師 ・ 園長補佐 ・ 園長 ・ 他 ()
検証結果 （なぜ起こったか）		
今後の対策・改善点 （再発防止に向けて）		
上記の職員周知	月 日	ミーティング・回覧・口頭伝達・（臨時全体）会議・他 ()

(表)

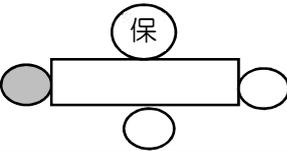
担 当	看護師	園 長

(記入参考例)

事故発生報告書 (誤食)

様式23 (記入参考例・表)

施設名 ○○保育園 報告書作成 年 月 日

傷病名	誤食によるじんましん				
児童名	○○ ○○	男・女	生年月日	年 月 日生	歳
発生日時	年 月 日 ()		時 分頃		
事故等を確認した職員	川崎 花子		事故等の報告を受けた職員	中原 太郎	
原因食物	卵	調理方法等	かきたま汁	原因食物の量	乳児スプーン1さじ
初期症状	口唇周囲に発赤、かゆみ	当日の園児の体調	2日前まで発熱で休んでおり、鼻水や咳がみられていた。		
発生場所 園舎内 園舎外 園外	現場地図 (特に該当児、その場にいた全職員の配置は必ず記入) 				
事故の概要 園児 人 職員 人 保護者 人	(1) どのようにして (事故が起きた時の状況) (2) どのような事故か (または怪我) が起きたのか いつものように他児と離れて食事をしていたが、○○保育士がかきたま汁をこぼした他児の片付けをするために目を離れたところ、他児のかきたま汁をスプーンで1さじ分すくって口に入れてしまった。				
応急処置の内容	①担任がすぐに気づき、他の職員に「誤食した」と声をかけると同時に、口をゆすぎ顔を洗う。 ②他の職員から事務所に連絡を入れ、母の勤務先に電話連絡をする。				
保護者への連絡	月 日 時 分	連絡者	○○保育士 (担任)	受信者	母
連絡した内容	隣の子のかきたま汁を自分のスプーンで1さじ分すくって食べてしまった。口唇周囲の発赤とかゆみがあるので受診したい。				
保護者の意向	受診の同意	有 ・ 無	病院指定	有 () ・ 無	
	受診時の同席希望	有 ・ 無	乳児医療証	有 ・ 無	
医療機関			同伴者	○○看護師	受診手段 タクシー
病院への連絡 (救急要請)	時 分	病院への到着時間		時 分	

事故の検証

事故内容の職員周知	月 日	ミーティング・回覧・口頭伝達・(臨時全体) 会議・他 ()
事故の検証	月 日	担任 (名) ・ 栄養士 ・ 調理員 ・ 看護師 ・ 園長補佐 ・ 園長 ・ 他 ()
検証結果 (なぜ起こったか)		
今後の対策・改善点 (再発防止に向けて)		
上記の職員周知	月 日	ミーティング・回覧・口頭伝達・(臨時全体) 会議・他 ()

