

全園児・一時預かり・病後児保育

## 除去食申請書

## 兼

## 除去開始前面談票

園名	
申請年月日	年 月 日
クラス	組 一時預かり 病後児保育
(フリガナ)	
氏名	
生年月日	年 月 日
検査報告書	あり・なし

除去希望食品は以下の通りです。

鶏卵	<input type="checkbox"/> 卵白 <input type="checkbox"/> 卵黄 <input type="checkbox"/> マヨネーズ <input type="checkbox"/> プリン <input type="checkbox"/> アイスクリーム <input type="checkbox"/> カスタードクリーム
	<input type="checkbox"/> パン類 <input type="checkbox"/> クッキー <input type="checkbox"/> 練り製品 <input type="checkbox"/> ウインナー <input type="checkbox"/> ベーコン <input type="checkbox"/> ハム <input type="checkbox"/> 製造ライン
牛乳・乳製品	<input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 乳製品 <input type="checkbox"/> 粉ミルク <input type="checkbox"/> 乳酸菌飲料 <input type="checkbox"/> スkimミルク (脱脂粉乳)
	<input type="checkbox"/> パン類 <input type="checkbox"/> クッキー <input type="checkbox"/> プリン <input type="checkbox"/> ウインナー <input type="checkbox"/> ベーコン <input type="checkbox"/> ハム <input type="checkbox"/> 製造ライン
小麦	<input type="checkbox"/> 小麦粉 <input type="checkbox"/> うどん・パスタ・中華麺 <input type="checkbox"/> 餃子・シュウマイ <input type="checkbox"/> 醤油 <input type="checkbox"/> 酢 <input type="checkbox"/> 製造ライン
大豆	<input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 大豆製品 <input type="checkbox"/> きなこ <input type="checkbox"/> 枝豆・もやし <input type="checkbox"/> 大豆油 <input type="checkbox"/> 醤油 <input type="checkbox"/> みそ <input type="checkbox"/> 製造ライン
ゴマ	<input type="checkbox"/> ゴマ <input type="checkbox"/> ゴマ油 <input type="checkbox"/> 製造ライン <input type="checkbox"/> 魚類 <input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> サケ <input type="checkbox"/> サバ <input type="checkbox"/> 製造ライン
肉類	<input type="checkbox"/> 鶏肉 <input type="checkbox"/> 牛肉 <input type="checkbox"/> 豚肉 <input type="checkbox"/> コンソメ <input type="checkbox"/> 中華だし <input type="checkbox"/> 製造ライン
果物類	<input type="checkbox"/> オレンジ <input type="checkbox"/> バナナ <input type="checkbox"/> りんご <input type="checkbox"/> もも <input type="checkbox"/> キウイ <input type="checkbox"/> 製造ライン
甲殻類	<input type="checkbox"/> エビ <input type="checkbox"/> カニ <input type="checkbox"/> 製造ライン <input type="checkbox"/> 魚卵 <input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> いくら <input type="checkbox"/> ししゃも <input type="checkbox"/> 製造ライン
ナッツ類	<input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> ピーナツ <input type="checkbox"/> クルミ <input type="checkbox"/> アーモンド <input type="checkbox"/> カシューナッツ <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> そば
その他 (上記に該当食品がない場合はこちらに記入して下さい)	

↑保護者が記入

↓園で記入

(面談出席者)

面談日 年 月 日

保護者名:

職員名 ①:

職員名 ②:

※面談は1人では行わず、最低でも2人以上で行う

1 診断名:

2 医師の診断したアレルゲン: 卵・乳・小麦・その他 ( )

3 アレルギーで起こる症状:

4 アナフィラキシーの既往: 有・無 エピペンの預かり: 有・無

① 回数: 回 最後の発症: 年 月 日

② 発症時の症状および状況:

③ 発症時の対応:

5 園でのアレルギー対応:

6 家庭での状況 (アレルゲンの除去など)

7 その他の配慮・管理事項 (治療状況、運動、宿泊など)

※除去開始日 = 生活管理指導表の記載日。更新予定日は除去開始日から6か月を経過した日付の前日。

(例: 生活管理指導表の記載日が2024年3月10日 → 下記除去開始日2024年3月10日、更新予定日2024年9月9日)

※日付を記入後押印し園保管、コピーを保護者にお渡りする。

除去開始日	年 月 日
更新予定日	年 月 日

施設長	看護師	調理	担任
印	印	印	印