

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	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	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"/> クルミ	<input type="checkbox"/> カシューナッツ	<input type="checkbox"/> アーモンド	ピーナツ	<input type="checkbox"/> ピーナツ	<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:				
スタッフ名①:	スタッフ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