

## アレルギー・離乳食チェック票

児童名 ふりがな	保護者連絡先 氏名
氏名	TEL
生年月日 年 月 日 男・女	— — —

&lt;続柄 &gt;

## (1) 入所および給食の提供が可能か確認するため、アレルギーの状況を伺います。

1. 特定原材料7品目と特定原材料に準ずるもの21品目のうち、医師の診断又は症状が出たため食べさせていない食品はありますか。

( ある ・ ない ・ 離乳食前であるため不明 )

特定原材料7品目	小麦・卵・乳・えび・かに・※そば・※落花生
準21品目	いか・オレンジ・キウイフルーツ・ごま・さけ・さば・大豆・鶏肉・バナナ・豚肉 もも・やまいも・りんご・ゼラチン・牛肉・アーモンド ※あわび・※いくら・※カシューナッツ・※くるみ・※まつたけ

※印の品目については保育所(園)給食では提供しません。(コンタミネーションはこのかぎりではありません)

2. 食物アレルギーの症状が初めて出た時の状況と対応についてご記入ください。

\* いつごろ 年 月頃 ( 才 か月頃 )

\* どのような時

\* どのような症状  発疹(顔・口周辺・目周辺・首・腹部・手足・背中)  嘔吐  
 その他( )

\* その後どうしたか

\* 医療機関の受診は ( した しない )

↳ ( 医療機関名 : \_\_\_\_\_ )

3. アナフィラキシーショック(食物・ハチなど)を起こしたことがありますか。

( ない ある )

↳ 時期 年 月頃 ( 才 か月頃 )

症状 ( )

4. 3で「ある」場合、緊急時に備えた処方薬はありますか。

抗ヒスタミン薬・ステロイド薬(内服薬)  アドレナリン自己注射薬(エピペン)

その他( )

5. 集団生活をおくるうえで配慮が必要な事柄があれば、ご記入ください。

[ ]

※食物アレルギーが「ある」場合、後日医師からの診断書と栄養士との面談が必要となります。  
医療機関を受診する際は、保育所(園)指定の診断書をお持ちください。

## (2) 授乳・離乳食について(0・1・2歳児のみ)

### 1. 現在の授乳状況

授乳中ですか？ はい · いいえ

はいの場合、種類は？ 母乳 · 育児用ミルク · フォローアップミルク

・育児用ミルクの回数と量 1回 ml × 回／日

・ミルクの飲ませ方 (抱いて · 寝かせて · 寝ながら自分で持つ · その他)

\* 保育所に入所時点で、哺乳瓶が使用できるようにしておいてください。哺乳瓶が使用できず、水分及び栄養補給が困難な場合、栄養士との面談が必要となります。

### 2. 離乳食の状況

①順調にすすんでいる、またはすすんでいましたか。( はい · いいえ )

②始めた時期 ( カ月から · まだ始めていない →③へ )

③まだ始めていない方にお聞きします

始めていない理由は ( 月齢が達していないため · その他 )

④現在、どんな形状のものを食べていますか。

(1) ドロドロ状 (2) 舌でつぶせる固さ(豆腐の固さ)

(3) 歯ぐきでつぶせる固さ(バナナの固さ) (4) 歯ぐきでかめる固さ

(5) 大人の食事の一部を刻んで (6) 大人の食事と同じ

⑤食欲 ( 比較的よく食べる · 普通 · ムラがある · あまり食べない )

⑥食事の様子 ( 食べさせる · 手づかみで食べる · こぼしながらも一人で食べる )

⑦食事の方法 (抱いて食べさせる · 椅子に座って食べる · その他 )

※その他 食事面でのご相談などありましたらご記入ください。



(3) 宗教上等の理由により、配慮すべき事項や食べられない食品はありますか。( はい · いいえ )

配慮すべき事項をご記入ください。

[ ]

食べられない食材をご記入ください。

[ ]

※ 宗教上の理由により給食で食べられない食材がある場合は、栄養士と面談する必要があります。

(食べられない食材によっては、お弁当持参をお願いすることもあります。)