

食品アレルギー対応食 実施申請書

年 月 日

御中

食品アレルギーによる給食への対応について、下記の通り申請致します。なお、アレルギー対応食の実施にあたり、微量混入（コンタミネーション）の可能性があるに同意いたします。

氏名 印

食物アレルギー調査アンケート

(ふりがな) 氏名		生年月日	年 月 日
(本人) 電話番号		(保護者) 電話番号	
かかりつけの 病院・主治医	※ある場合のみ記入	(病院) 電話番号	※ある場合のみ記入
希望する対応内容(該当項目に <input checked="" type="checkbox"/> 食品名は具体的にご記入下さい)			
<input type="checkbox"/> 自己除去 (食品名) <input type="checkbox"/> 除去食希望(食品名) <input type="checkbox"/> 代替食希望(食品名) <input type="checkbox"/> その他 ()			
学校給食ではどのような対応をしていましたか？			

1 原因となる食品・症状が出る量・加熱したら食べられるか等、について教えてください。

例:原因食品が卵の場合、揚げ物のつなぎ程度であれば食べられるか等

原因食品	症状が出る量	加熱したら食べられるか	カレールー・調味料などの原材料に含まれている場合
		食べられる・食べられない	食べられる・食べられない
詳細:			
		食べられる・食べられない	食べられる・食べられない
詳細:			
		食べられる・食べられない	食べられる・食べられない
詳細:			

食品アレルギー対応食 実施申請書

2024年 4月 1日

記入例

御中

食品アレルギーによる給食への対応について、下記の通り申請致します。なお、アレルギー対応食の実施にあたり、微量混入（コンタミネーション）の可能性があるに同意いたします。

氏名 北海 太郎

北海

食物アレルギー調査アンケート

(ふりがな) 氏名	ほっかい はなこ 北海 花子	生年月日	2006年4月1日
(本人) 電話番号	080-****-****	(保護者) 電話番号	090-****-****
かかりつけの 病院・主治医	〇〇〇クリニック ※ある場合のみ記入	(病院) 電話番号	***-****-**** ※ある場合のみ記入
希望する対応内容(該当項目に☑ 食品名は具体的にご記入下さい)			
<input checked="" type="checkbox"/> 自己除去 (食品名 いくら)			
<input checked="" type="checkbox"/> 除去食希望(食品名 えび)			
<input checked="" type="checkbox"/> 代替食希望(食品名 りんご、さくらんぼ)			
<input type="checkbox"/> その他 ()			
学校給食ではどのような対応をしていましたか？			
基本的にそのものを食べなければ大丈夫なので、自己除去でしたが、エビピラフ・エビチリ等のメニューの時は弁当を持参する事もありました。			

1 原因となる食品・症状が出る量・加熱したら食べられるか等、について教えてください。

例:原因食品が卵の場合、揚げ物のつなぎ程度であれば食べられるか等

原因食品	症状が出る量	加熱したら食べられるか	カレールー・調味料などの原材料に含まれている場合
いくら	少量	食べられる 食べられない	食べられる 食べられない
詳細:自分で除去します。			
えび	少量	食べられる 食べられない	食べられる 食べられない
詳細:あらかじめよけて提供して頂けると助かります。			
りんご、さくらんぼ	4/1、1粒	食べられる 食べられない	食べられる 食べられない
詳細:デザート等が出る時は他の果物等を出して頂きたいです。ジャム等は食べられます。			

2 主な症状を教えてください。

いくら → じんましん

えび → かゆみが出る

りんご、さくらんぼ → 唇の腫れ、喉のイガイガ

3 家では除去食をしていますか？

(している) ・ していない)

4 医療機関での検査・診断はうけましたか？

(受けた) ・ 受けていない ・ 今後受ける予定)

5 内服薬保有の有無を教えてください。

内服薬	
吸入	(<input checked="" type="radio"/> あり) ・ <input type="radio"/> なし)
エピペンの所持	(<input checked="" type="radio"/> あり) ・ <input type="radio"/> なし)
携帯を希望する薬	(<input checked="" type="radio"/> あり) 【アレロック】 ・ <input type="radio"/> なし)
内服薬保管の必要性	(<input checked="" type="radio"/> あり) 【アレロック】 ・ <input type="radio"/> なし)

6 軽度なアレルギー発作の時、どのように対応していますか？

うがいをしして安静にしながら症状が治まるのを待つ

7 ごく微量(コンタミネーション)でもアレルギーを引き起こす可能性はありますか？

(ある) ・ ない)

8 アナフィラキシーをおこしたことがありますか？

(ある) 【 歳頃 】 ・ ない)

9 アナフィラキシー発生時の対応は？

10 食物以外のアレルギーはありますか？

(ある) 【 ねこ 】 ・ ない)

11 その他質問事項などございましたらご記入お願い致します。

※ご記入いただいた個人情報は、職員と食事提供者の間で共有させて頂き、食事提供及び救急対応以外には使用致しません。

なお退館後不要になった個人情報については、適正に削除・廃棄致します。