

食物アレルギーの保育所の対応について

●食物アレルギーの食事療法について

乳幼児の体調は、環境に左右されやすく、家庭で食べて発症しない分量でも、その日の体調により症状が出ることもあります。

そのため、『ならし食』のようなアレルゲン食品の段階的な喫食は、保護者の方の目が行き届くご家庭で実施していただき、保育所給食では原因食品の『完全除去対応』を行います。

医師の診断のもとに食事方針を決定します。これは必要以上の食品除去を行うことで、成長期のお子様の発育・発達を妨げることのないようにするためです。

特に、アナフィラキシーショックの既往のあるお子さんは細心の注意をしていきます。

●保護者のみなさんへお願い

- この文書に添付されている「食物アレルギーに関する調査票」を、食物アレルギーがあるなしにかかわらず提出してください。
- 食物アレルギーのあるお子様は、必ず専門医の診断を受けてください。
その際は、次のものを必ず提出してください。
 - ・ 給食による食物アレルギー調査票（この文書に添付されています）
 - ・ 保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表
（この文書に添付されています。医師に記入してもらうものです）※現在、保育所に入所しているお子様も必ず提出してください。
- 提出していただいた調査票などをもとに、アレルギー原因食品を完全に除去するなど献立の変更などをさせていただきますので、ご協力をお願いいたします。
- 症状が悪化したり、新たな症状がみられた場合は、食物アレルギーでかかりつけの医師に受診をお願いします。
〔 変化が見られない場合でも、年に1～2回の受診が望ましいです。食物アレルギーが改善したり食品除去の程度が変わるなど、除去食等の必要がなくなる場合もあります。 〕
- お休みの場合には、早めにご連絡いただきますようお願いいたします。

5 過去には除去を行っていたが、現在は食べることが可能になった食品はありますか？

いいえ はい → 食物名 ()

6 原因食品を食べたことで、アナフィラキシー（※）を起こしたことはありますか？

いいえ はい → ・回数 (回) ・最終の発病年月 (年 月)
・原因 ()
・症状 ()

※アナフィラキシー

食物を食べた後、じんま疹などの皮膚症状、更に呼吸困難や血圧の低下、意識障害などのショック症状が急激に進行し、生命の危機に陥ります。一刻も早く治療しなければならぬ危険な状態です。

7 食事制限の期間はどのくらいですか？

今後6カ月 1年くらい 2年くらい その他 ()

8 医療機関への受診について

1カ月ごと 3か月ごと その他 ()

9 症状が現れた場合、受診する医療機関を記入してください。

※主治医の了承を得るようお願いいたします。

医療機関名 _____ 主治医氏名 _____

医療機関 住所 _____ 電話番号 _____

10 同意事項

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、記載された内容について、えりも町、医療機関及び保育所運営に係る関係者で情報を共有することに同意します。

令和 年 月 日

保護者名

㊞

給食による食物アレルギー調査票

この調査票は、食物アレルギーがある場合にのみご提出願います。
アレルゲンの摂取により呼吸困難、湿疹等ひどい症状が生じる方につきましては、
事前アンケートを行い、可能な限り対応したいと考えています。ご協力をお願いします。

保育所名： _____ 利用予定日：令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日～令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

児童名： _____ 男・女 _____ 生年月日 平成
令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (____ 歳)

保護者： _____ 電話番号 _____ - _____ - _____

自宅・父携帯・母携帯・その他 (_____)

1 希望する対応に○をつけてください。

ア) 特に対応はらない

イ) 次の「2」にあげた食品の代替食・除去食を希望する。

2 主にアレルギーの原因となる食べ物は何ですか？

《例：たまご、牛乳、そば、ピーナッツ、カニ、エビ、サバ など》

3 食べさせてはいけない（食べられない）加工食品をお書きください。
できるだけ詳しくお願い致します。

《例：マヨネーズ、フライの衣、カレーウ、ウインナー、ちくわ など》

4 アレルギーの症状をお書きください。

別紙「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）」
を医療機関より記入してもらい、必ず提出してください。

現在、保育所に入所中であり、症状が変わらない場合であっても提出してください。

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）

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

※ 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り、医師が作成するものです。 提出日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病型・治療		保育所での生活上の留意点		記載日
食 ア ル ギ ー	A. 食物アレルギー病型（食物アレルギーありの場合のみ記載）		A. 給食・離乳食	
	1. 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎		1. 管理不要	
	2. 即時型		2. 保護者と相談し決定	
	3. その他（新生児・乳幼児消化器症状・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： _____）		B. アレルギー用調整粉乳	
B. アナフィラキシー病型（アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載）		1. 不要		記載日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
1. 食物（原因： _____）		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 ・ MA-mi ・ ヘプティエット		
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）		エレメンタルフォーミュラ		医師名
C. 原因食物・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		医療機関名
1. 鶏卵 《 》		【除去根拠】該当するもの全てを《 》内に番号を記載		電話
2. 牛乳・乳製品 《 》		①明らかな症状の既往		
3. 小麦 《 》		②食物負荷試験陽性		
4. ソバ 《 》		③IgE抗体等検査結果陽性		
5. ピーナッツ 《 》		④未摂取		
6. 大豆 《 》				
7. ゴマ 《 》				
8. ナッツ類* 《 》（すべて・クルミ・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 《 》（ _____ ）				
「*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」				
D. 緊急時に備えた処方薬		C. 食物・食材を扱う活動		F. その他の配慮・管理事項 （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）
1. 内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬）		1. 管理不要 3. 調理活動時の制限		
2. アドレナリン自己注射薬 エピペン®		2. 保護者と相談し決定 4. その他（ _____ ）		
3. その他（ _____ ）		D. 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		
		E. コンタミネーションについて		
		ごく微量の混入『コンタミネーション』によるアレルギー症状を引き起こす可能性について （ あり ・ なし ）		
		※加工品などの使用食材にコンタミネーションの恐れがある場合、使用可能か （ 可 ・ 否 ）		