

食物アレルギー食品チェック表

■ 記入方法

○保護者へ

食物アレルギーのため、配慮の必要な項目についてお答えください。
保護者欄に、食べて異常がなかったもの「○」、疑わしかったもの「△」、
異常を認めたもの「×」、食べたことがないもの「?」を記入し、主治医に提示くだ
さい。



○主治医へ

集団給食で除去が必要な食物について、主治医欄に「×」をご記入ください。

保護者記入日 年 月 日

項目	主治医	保護者欄	食 物	献 立 ・ 食 品 例	備 考
卵			ゆで卵	卵黄、卵白	
			卵を用いた料理①	卵焼き、オムレツ、スクランブルエッグ、かき卵汁	
			卵を用いた料理②	フライ、天ぷら等の衣及びハンバーグ等のつなぎ	
			卵を用いた菓子、パン	カステラ、ケーキ、クッキー、ビスケット、ホットケーキ、プリン、バターロール等の各種パン類	
			卵の二次製品 マヨネーズ	かまぼこ、ちくわ、ハム、ウインナーソーセージ	
牛乳			魚 卵	たらこ、もみじこ、ししゃも	
			牛乳、育児用ミルク	生クリーム(ホイップ生使用)	
			乳製品	チーズ、バター、ヨーグルト、マーガリン、アイスクリーム	
			牛乳を用いた料理	シチュー、ホワイトソース、グラタン、ポタージュ、生クリーム(加熱用)	
小麦			牛乳を用いた菓子や食品	ケーキ、プリン、ホットケーキ、ビスケット、ウエハース、カステラ、食パン	
			パン類	食パン、豆パン、バターロール、フランスパン	
			麺類	うどん、そうめん、中華そば	
			パン粉、麩		
			スパゲッティ、マカロニ		
			麦茶、押し麦		
			菓子類	ケーキ類、クッキー類、ビスケット類	
			小麦粉を用いた料理	カレーシチュー、ホワイトシチュー、グラタン、ルウ	
肉			調味料等	しょうゆ、食酢、水あめ、麦みそ	
			皮類	ぎょうざ、春巻き、シューマイの皮、ワンタン	
			鶏肉		
			スープ、エキス等	ガラスープ、コンソメ、ゼラチン	
豆類			牛肉、豚肉	ゼラチン	
			大豆、豆乳		
			大豆油	大豆油、サラダ油、天ぷら油、マーガリン	
			大豆油を用いた食品①	薄揚げ、厚揚げ、がんもどき、さつまあげ、油漬缶詰、揚げ物料理	
			大豆油を用いた食品②	カレールウ、かりんとう、コーンフレーク、レーズン、マヨネーズ、そうめん	
			豆類	空豆、えんどう豆、絹さや、いんげん、枝豆、グリーンピース、緑豆春雨、もやし、小豆、ココア	
米			大豆製品、大豆加工品	豆腐、おから、高野豆腐、納豆、きな粉、ゆば、味噌、しょうゆ、味付け海苔	
			豆類を用いたお菓子	おはぎ、まんじゅう、ぜんざい、ようかんなどのあん	
			精白米、胚芽米、もち米		
			団子、もち、ビーフン		
その他			もち米を使った菓子類	おかき、せんべい	
			米酢、みりん、料理酒	米みそ	
			魚 ()	サバ、サケ、カレイ	
			果物 ()	オレンジ、キウイ、りんご、モモ、バナナ	
			野菜 ()		
		甲殻類、軟体類 ()	えび、かに、いか、貝類		
		その他 ()	やまいも、ピーナッツ、くるみ、ごま		

★ 保育所では、そばの調理は実施していません

★ 卵は、十分な加熱調理を行っており、生卵、半熟卵料理は出しておりません。(H21.5 金沢市作成)

【様式 3】

主治医様

保育所(園)にアレルギー除去食を依頼するにあたり、対象食品と、除去の程度や期間について、下記の「食物アレルギー指示書」の記入をお願いします。また、症状出現の際には、その対応等について、保育所(園)から直接、先生の方へご連絡させていただくこともあるかと思いますが、その旨ご了承下さいませよう、あわせてお願い申し上げます。

保護者

食物アレルギー指示書

保育所名		生年月日	平成 年 月 日 (歳 か月)
児童名		性別	男 ・ 女
投薬状況	① 内服薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬剤名) ② 外用薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬剤名)		
アナフィラキシーの既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	原因食品 () 症 状 () 最終の発症年月 (年 月頃)	



給食での除去食の指示	<input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 必要
除去が必要な食品の除去レベル、診断根拠	<p>①加工品も含め、アレルゲンを完全に除去するもの</p> <p>卵 [] 小麦 [] えび [] 落花生 [] 乳 [] そば [] かに [] その他 _____ [] _____ []</p> <p>②アレルゲンとなる食品そのものをだけを除去するもの</p> <p>卵 [] 小麦 [] えび [] 落花生 [] 乳 [] そば [] かに [] その他 _____ [] _____ []</p>
抗原食品の接触・吸入による症状誘発の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
原因食品摂取時に症状が出現した場合の対応方法	緊急時に備えた処方薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬剤名)
本指示書の内容に関しては (<input type="checkbox"/> 6ヶ月後 ・ <input type="checkbox"/> 12ヶ月後) に再評価を必要とします。	

※ 除去食品として例示した7食品は、患者数が多いか重篤度の高い食物アレルギーの原材料で、厚生労働省により表示が義務付けられています。(食物アレルギー栄養指導の手引き 2008 : <http://www.allergy.go.jp/allergy/guideline/06/06.pdf>)

指示日：平成 年 月 日

医療機関 _____

医 師 _____

