

保護者の皆様へ

「アレルギー除去食に関する診断書」提出のお願い

幼稚園で、「のぼる給食」のアレルギー除去食を行なう場合には、「アレルギー除去食に関する診断書」の提出をお願いいたします。

食物アレルギーは、乳幼児に多い疾患で、卵、牛乳、小麦、魚卵がアレルギーの原因（アレルゲン）になっていることが多いのですが、ナッツ類、甲殻類、そば、キウイなど他の食品がアレルゲンになっている場合もあります。

食物アレルギーをもっている乳幼児さんがアレルギー症状を起こさないためには、アレルゲンとなる食品を除去する必要があります。しかし、これらの食品の中には、乳幼児期に必要な栄養価の高いものが多く含まれていることがあるため、不必要な除去はできるだけ避けなければなりません。そこで、除去食を実施する際には正確な診断を行なう必要があります。

具体的には、以下のような要領で確認します。

- (1) アトピー性皮膚炎の症状があり血液検査や皮膚テストで、アレルギー反応が陽性とでた食品必ずしもその食品が アレルゲンとは限りません。
- ① すでに食べている食品：今までの食事と皮膚症状との関係をお聞きして判断します。また、2週間程度除去を行ない症状が改善したこと、再び摂取して症状が悪化したことが確認できれば除去を行ないます。変化が確認できなければ除去せずに軟膏による治療を行います。
- ② まだ食べていない食品：検査結果を参考に、必要があれば、低アレルゲン食品から食べてもらいまして、症状の変化を確認後に除去食が必要か否かを判断します。
- (2) 食べて2時間以内にアレルギー症状（じんましん、せき込み、嘔吐、ぐったりなど）を起こした食品、あるいは食べた経験はないがアレルギー症状をおこす恐れのある食品血液検査でその食品に対するアレルギーの強さを確認し、必要であれば除去食を行ないます。
- (3) 2歳の誕生日を過ぎたら、血液検査のみで除去食を継続することは避けます。1歳の誕生日を過ぎるころから、血液検査が陽性であっても食べて症状が出ないことが増えてきます。病院でアレルゲン食品を食べて症状が出るか否かを確認する「食物経口負荷試験」を受けるようにしてください。
- (4) アレルギー除去食品が多種に及ぶ場合、強いアレルギー症状が出現する可能性がある場合主治医からアレルギー専門医療機関を紹介されることがあります。

以上のことをご理解いただき、主治医の先生が記載した「アレルギー除去食に関する診断書」を幼稚園へ提出してください。なお、食物アレルギーは年齢とともに軽くなってくることが多いため、診断書は定期的（およそ1歳未満は6カ月、1歳以上は12カ月毎）に見直す必要があります。

【「のぼる給食」では、この指導表をもとに給食を作りますが、細部にわたり 完全に対応できない場合もございます。】

詳しくは、主治医の先生に ご相談ください。



アレルギー対応食のご案内 ver6

(株)のぼる

アレルギー対応をご希望の方は、除去してほしいアレルゲンに関係なく、**卵と乳が除去されたお弁当**になります。尚、エキスや調味料などの一部に含まれるものについては除去できません。詳細につきましては、下記をご覧ください。原材料につきましては、製造工程で、卵・乳・小麦・エビ・サバ・大豆等を含む製品を生産している工場生産されたものを使用しております。弊社工場におきましても、調理室は別にしてはいますが、アレルギー専用の工場生産しておらず普通食の製造が主流です。重度な症状をお持ちの方は、かかりつけの医師ともよく相談いただきご判断ください。アレルギー対応食は、全てにおいて対応できるものではありません。ご理解の上、お申し込みくださいますようお願い申し上げます。

以下の項目に関しましては、対応ができません。
 *今まで食べた事がないという理由の食品の除去 *治療に伴う除去食 *添加物の除去 *宗教上の食品除去
 *調味料等、お弁当箱のお持込み *化学物質及び殺菌に関する除去

| 分類 | アレルギー対応食 | アレルゲンを対応できません | 給食に入りません |
|------|--------------------------|---|-------------------------|
| ①卵類 | | | 生卵・半熟卵 |
| ②乳類 | | | |
| ③魚類 | | 魚類エキス | 魚卵 |
| ④介類 | えび・かに・いか・ほたて・たこ | 介類エキス | 貝（あさり・しじみ・かき） |
| ⑤肉類 | 牛肉 | 牛肉エキス | |
| | 鶏肉 | 鶏肉エキス | |
| | 豚肉 | 豚肉エキス | |
| ⑥大豆類 | 大豆・枝豆・大豆製品 | もやし・春雨・味噌・醤油・大豆油 加工品のつなぎ・植物性たんぱく（大豆由来）など | |
| ⑦種実類 | ごま・ごまペースト・ごま油 | | ピーナッツ・くるみ・アーモンド・カシューナッツ |
| | チョコレート・カカオ・ココア | | ハーゼルナッツ・ブラジルナッツ・ココナッツ |
| ⑧小麦類 | 多量小麦：うどん・スパゲティ・パンなどの小麦製品 | 少量小麦：加工品のつなぎ・ルウ・植物性たんぱく（小麦蛋白・グルテン）など 大麦・ライ麦・雑穀米 添加物（加水分解酵素等）や調味料に含まれる小麦 | |
| ⑨その他 | 果物類・やまいも | 果汁エキス・加工品に含まれる蜂蜜 | そば・キウイ |
| | | 米および米を原料とする食品・油 等 | |

具体例…

- ・Aさん 卵 にアレルギーあり : ①卵類と②乳類の除去食対応
- ・Bさん 乳 にアレルギーあり : ①卵類と②乳類の除去食対応
- ・Cさん えび・かに にアレルギーあり : ①卵類と②乳類と④介類の除去食対応
- ・Dさん 魚類（エキス含む）にアレルギーあり : 対応ができません

●アレルギー対応食開始までの手順

《保護者様にご用意していただくもの》

① 6ヶ月以内の、「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表」1通

*病院からの診断書でもお受けいたします。
 保護者様には、ご負担をおかけし、大変申し訳ございません。
 アレルゲンの確かな情報を保護者様に確認していただき、対応内容の確定の為に医師の判断による生活管理指導票の提出をお願いしております。
 （生活管理指導表のご提出がない場合と、検査報告書のみのお受けはできませんのでご了承願います。）

② のぼる作成の「食物アレルギーカルテ」に御記入いただいたもの 1通



- 1 上記の書類 2点のコピーまたはFAX を施設様より『のぼる宛』に提出していただきます。
*原本は施設様に保管お願い致します。
- 2 必要に応じて『のぼる』より、保護者様へ内容確認（除去内容の詳しいお聞きとり）のお電話を差し上げます。
*除去品目の内容や状況によっては、対応できかねる場合もございます。
- 3 受付完了後、約2週間で除去食開始になります。
*開始日や除去内容に関しましては、受付完了後『のぼる』より施設様へご連絡差し上げます。
除去食につきましては、万全を期す為に、メニューの作り替え、成分の確認などお時間をいただいております。
施設様及び保護者様のご理解をお願いいたします。

*新年度は、除去食ご希望者が多数申し込まれ、確認のお電話等が大変混み合います。
お給食開始日に間に合わない場合もございますので、早めの受診・書類の提出をお願い申し上げます。
お手数をおかけしますが、宜しくお願い致します。



アレルギー除去食に関する診断書

提出日 年 月 日

| | | | |
|--------------|-----------------------------------|-------------------|-----|
| 情報提供先 | | 嘱託医 | 殿 |
| 患者氏名 | 男・女 年 月 日生(歳 か月) 組 | | |
| 患者住所 | 電話番号 | | |
| 傷病名 | その他傷病名 | | |
| 病状、既往歴、治療状況等 | 日常生活に必要な医療的ケアの状況(使用中の医療機器等の状況を含む) | | |
| 緊急連絡先 | ★保護者 電話: | ★連絡医療機関 医療機関名: | 電話: |

本児は診察・検査の結果、保育園・幼稚園において、

(A) 食物の除去は不要 (B) 以下の食物については食事からの除去が必要

※ 保育所(園)・幼稚園においては、生卵を食べる事はないので、生卵のみの除去の場合は(A)に○印をつける。

給食・離乳食について管理が必要な場合は「病型・治療」のC欄、「保育所での生活上の留意点」のE欄、アレルゲン食品リストと摂取指導票を参照。

| 病型・治療 | |
|--|--|
| 食物アレルギー(あり・なし)・アナフィラキシー(あり・なし) | |
| A. 食物アレルギー病型 1. 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎 2. 即時型 3. その他(新生児乳児消化管症状・口腔アレルギー症候群 その他:) | B. アナフィラキシー病型 1. 食物(原因:) 2. その他(医薬品・ラテックスアレルギー その他:) |
| C. 原因食物 除去根拠 症状 1. 鶏卵 《 》 《 》 2. 牛乳・乳製品 《 》 《 》 3. 小麦 《 》 《 》 4. ソバ 《 》 《 》 5. ピーナッツ 《 》 《 》 6. 大豆 《 》 《 》 7. ゴマ 《 》 《 》 8. ナッツ類 《 》 《 》 9. 甲殻類 《 》 《 》 10. 軟体類・貝類 《 》 《 》 11. 魚卵 《 》 《 》 12. 魚類 《 》 《 》 13. 肉類 《 》 《 》 14. 果物類 《 》 《 》 15. その他() | 【除去根拠】 該当するもの全てを《 》内に番号を記載 ① 明らかな症状の既往 ② 食物負荷試験陽性 ③ IgE抗体等検査結果陽性 (CAP-RAST) 【症状】 該当するもの全てを《 》内に番号を記載 即時型反応 : ① ショック ② 咳き込み ③ 呼吸困難 ④ 嘔吐・腹痛 ⑤ 顔面紅潮 ⑥ 蕁麻疹 ⑦ 掻痒感 非即時型反応 : ⑧ 湿疹 ⑨ 掻痒感 ⑩ 下痢 そ の 他 : ⑪ 未摂取のため不明 |
| D. 緊急時に備えた処方薬 1. 内服薬等: 抗ヒスタミン薬()、ステロイド薬() アドレナリン自己注射薬「エピペン®0.15mg」、その他() 2. 保管方法: 室温・冷蔵庫・遮光・その他() 3. 剤型: 粉・液(シロップ)・塗り薬・点眼薬・その他() 4. 使用するタイミング※具体的に記載(例) かゆい時、咳がとまらない時など () 5. その他注意事項() | |
| 保育所での生活上の留意点 | |
| 給食・離乳食の管理(必要・不要) | |
| A. アレルギー用調整粉乳 1. 不要 2. 必要 ※ 下部該当ミルクに○、又は()内に記入 シルフィーHP・ニューMA-1・MA-mi・ペブディエイト・エレメンタルフォーミュラ その他() | B. 食物・食材を扱う活動 1. 管理不要 2. 原因食材を教材とする活動の制限() 3. 調理活動時の制限() 4. その他() |
| C. 特記事項等 (その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、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) | |

本診断書の内容については、およそ(6 , 12)か月後に再評価が必要です。

年 月 日

医院名

電話番号

医師名

印

※ 自筆の場合押印不要

| | |
|-----------|----------------------|
| 記入日 | 年 月 日 |
| 施設名 | |
| ふりがな | |
| お子様のお名前 | |
| 生年月日 | 西暦 20 年 月 日 (才 カ月) |
| 連絡先 (TEL) | — — |

*こちらは施設様にご記入ください。


クラス名 _____ 組 _____

年長 年中 年少 他()

注意 未記入の場合 受付できません

万が一、除去食を召し上がって、アレルギー反応を起こしたと考えられる場合、直ちに給食の提供を中止させていただくことを、ご了承お願い致します。

保護者署名: _____



除去食を希望される保護者の皆様へ

除去してほしいアレルギーに関係なく、卵類と乳類が完全に除去された給食になります。また、段階的な除去食は行っていません。カレー給食に関しては、乳・小麦以外のアレルギーをお持ちの方は常食のカレーを提供させていただきます。アレルギー除去食をご希望される皆様には、医師の診断を受けていただき、「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表」を添付していただいております。アレルギーの確かな情報を、保護者の皆様と施設様、(株)のぼる側で共有し、除去食をお作りする上での大切な資料となりますので宜しくお願い申し上げます。

個人情報について

本調査で、アレルギー実態調査を行っています。調査票にお答えいただいた情報は、(株)のぼるの施策検討のために利用し、他の目的に利用することはありません。この目的の範囲内において、(株)のぼるで情報の共有を行う場合があります。ご理解・ご協力をお願い致します。

***コンタミネーション（微量混入）の除去が必要ですか。**

いいえ ・ はい → 除去食の対応ができません。

1.「いいえ」と記入された方は下記の食材で食べられる物には 印、食べられないものに 印を、()内に記入してください。

| アレルギー対応食 | アレルギーを対応できません | 給食に入りません |
|--|--|---|
| ①卵類 | | |
| () 市販マヨネーズ | / | () 生卵・半熟卵 |
| () 卵料理・卵を用いた食品 (ゆで卵・玉子焼き・オムレツ・つなぎなど) | | |
| ②乳類 | | |
| () 牛乳・乳酸菌飲料・牛乳を含む飲みもの | / | |
| () 乳製品(バター・チーズ・ヨーグルトなど) | | |
| () 牛乳を用いた食品・料理 (シチュー・グラタン・つなぎなど) | | |
| ③魚類 | | |
| () 青魚・白身魚 | () 魚介エキス | () 魚卵 |
| ④介類 | | |
| () えび・かに・いか・ほたて・たこ | () 介類エキス | () 貝(あさり・しじみ・かき) |
| ⑤肉類 | | |
| () 牛肉 | / | |
| () 鶏肉 | | |
| () 豚肉 | | |
| ⑥大豆類 | | |
| () 大豆・えだまめ | () もやし・春雨・大豆油 | |
| () 大豆製品 (豆腐・豆乳・きなこ・油揚げなど) | () 調味料(味噌・醤油など) | |
| | () 加工品のつなぎ・植物性たんぱく(大豆由来)など | |
| ⑦種実類 | | |
| () ごま・ごまペースト・ごま油 | / | () ピーナッツ・くるみ・アーモンド カシューナッツ・ヘーゼルナッツ ブラジルナッツ・ココナッツ |
| () チョコレート・カカオ・ココア | | |
| ⑧小麦類 | | |
| () 多量小麦 (うどん・スパゲティ・パンなど) | () 少量小麦:加工品のつなぎ・ルウ・植物性たんぱく(小麦蛋白・グルテン)など | |
| | () 大麦・ライ麦・雑穀米 | |
| | () 添加物(加水分解酵素等)や調味料に含まれる小麦 | |
| ⑨その他 | | |
| () 果物類 | () 果汁エキス | () そば・キウイ |
| () やまいも | () 加工品に含まれる蜂蜜 | |
| | () 米および米を原料とする食品・油 | |

2.アナフィラキシーに関するご質問です。

ご入園前までに、アナフィラキシーを起こした経緯がありますか。 はい ・ いいえ

- ・ 才 (カ月) : 原因食材 () ・ 症状 ()
- ・ 才 (カ月) : 原因食材 () ・ 症状 ()

***担当者との電話でのやり取りをご希望ですか。** はい ・ いいえ

* (株)のぼるよりアレルギー対応食に関する確認のお電話をさせて頂く場合がございます。

1. (株)のぼるより保護者様に電話: 希望時間 (AM 時~PM 時ごろ)
2. 保護者様より(株)のぼるに電話: AM10時~PM4時にお願致します。(093-618-3575)

***その他、ご心配なこと等あればご記入ください。**

[_____]

↓これより下は、のぼる記入欄

| | | | | | | | | | |
|----------|------------------|------|---------|----------|-----|---|---|---|--------|
| ★対応アレルギー | 対応内容 | Oor× | 種類 | ★お電話での記録 | 面談日 | 年 | 月 | 日 | 担当者() |
| | お弁当 | | ミニ | | | | | | |
| | カレー | | | | | | | | |
| | パン | | ミニ | | | | | | |
| | ホット | | × 1 2 3 | | | | | | |
| ★対応利用日 | (月 火 水 木 金) | | | | | | | | |
| ★スタート日 | (年 月 日 曜日より対応) | | | | | | | | |

食物アレルギーを持つ児童（生徒）のアンケート調査表

| 保護者記載欄 | | アンケート調査実施日： 年 月 日 | |
|---|--|---|--------|
| 児童 生徒等 | 氏名 | 男 女 | 年 月 日生 |
| | 現住所 | 〒 - | |
| | 連絡先 | 「緊急連絡先届出書」以外のアレルギー緊急対応連絡先 (名称：) (電話番号：) (名称：) (電話番号：) | |
| | 学年 | クラス | |
| ア レ ル ゲ ン を 含 む 食 品 を 摂 取 し た 際 の 緊 急 対 応 事 前 確 認 書 | 1. アレルゲンを含む食品を口に入れた時、口から出して、口をすすぐ。 飲み込んでしまった場合に吐かせる 必要が ⇒ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない | | |
| | 2. 保護者に連絡を取る。（緊急連絡先届出書を参照） それ以外の連絡先（ ） | | |
| | 3. 保護者の指示のもと、緊急常備薬を投与する。 連絡が取れない時、無指示にて緊急常備薬を投与する 必要が ⇒ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない | | |
| | ①内服薬（ ） ②外用薬（ ） | | |
| | ※ これらの緊急常備薬は、様式2号にて医療機関証明が必要となります。 | | |
| | 4. 症状を観察しながら、保護者のお迎えを待つ | | |
| 5. お迎えまでの間に、症状が拡大傾向にある時、保護者の指示のもと、医療機関に救急搬送する。 連絡が取れない時、無指示にて医療機関に救急搬送する 必要が ⇒ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない | | | |
| 搬送先医療機関（名称： ） （住所： ） （電話番号： ） | | | |
| 6. その他の特記事項 () | | | |

(注) 1 このアンケート調査表は、学校(園)での児童生徒等の方が一の際の緊急対応を事前に確認するためものです。
2 このアンケート調査表は、状況が変わった場合には、学校(園)へ再提出してください。

令和 年 月 日

のぼる給食 御中

アレルギー除去食依頼書

はらきた幼稚園 _____組

園児名： _____ は、この度 食物アレルギーの診断を受けましたので、今後、給食等の提供に際して、別紙の食物について除去していただくよう依頼いたします。

なお、アレルギー除去食での給食の実地にあたり、その対応については、幼稚園の規定の説明を受けまして、同意いたします。

添付書類： アレルギー除去食に関する診断書
アレルギー食品リストと摂取指導表

緊急時の処方箋： (ある ・ なし)

保護者氏名： _____

印

令和 年 月 日

のぼる給食 御中

アレルギー除去食解除申請書

はらきた幼稚園 _____ 組

園児名： _____ は、「アレルギー除去食に関する診断書」により、除去食の対応をしていましたが、医師の指導のもと、これまでに複数回食べまして、症状が誘発されておきませんので、幼稚園における「除去食」の完全解除をお願いします。

どうぞよろしく、お願い申し上げます。

保護者名： _____ 印