

我孫子市の公立保育園では、児童の健康増進を図る立場から、保育園給食における食物アレルギーの対応について、下記の通り対応を実施しています。

## 1. 基本的な考え方

- (1) 食物アレルギーについての対応は、あくまで家庭で保護者の責任のもとに行われるものであり、保育園では食物アレルギーをもつ児童（以下当該児という）についての健康状態を把握し、家庭との連携のもとに可能な範囲で協力をする。
- (2) 保育園は、入園申し込み時や随時において家庭からの情報を得て、保護者から食物アレルギーの対応について申し出があった場合には、保護者、園長、クラス担任、看護師（保健師）、栄養士、調理従事者、園医等が十分な協議をし、当該児に対する理解を深め、対応について検討を行う。
- (3) 給食での対応については、保護者から必要書類の提出を求める。  
対応の決定については、関係者の意見を総合的に判断し、園長が行う。
  - ・ 提出書類
    - 「食物除去依頼書」（様式1）
    - 「食物アレルギーに関する調査表」（様式2）
    - 「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表」（様式3）
- (4) 保育園給食での対応は、基本的にアレルギーの原因を入れない除去食での対応とし、当該児のアレルギーの程度と、保育園の給食施設・設備、調理器具、調理従事者の配置状況等を検討し、当該園の可能な範囲での対応とする。
- (5) 除去食により生じる不足栄養素は、弁当の持参や、家庭での充足に努めるよう保護者に呼びかける。
- (6) 保育園は、給食で使用する食材の情報等を保護者に知らせ、事故防止に努める。
- (7) 保育園は、職員会議等でアナフィラキシー等症状発生時の対応についての理解が深まるよう、情報交換や資料の提供等を図る。また、必要に応じてエピペン講習会を実施する。常に職員間で共通認識を持てるよう努めるとともに、当該児の個人情報の保護に留意し、その取扱いには十分に気を付ける。
- (8) 対応にあたっては他の児童の理解を深める為、クラス担任が理由を説明するなどして、当該児の状態や気持ちを十分配慮しながら、実情に応じて適切な指導を行う。
- (9) 食物アレルギーの対応にあたり、年に1度は必ず医療機関で受診し、医師に「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表」（様式3）の作成を依頼し、提出をお願いする。

## 2. 対応決定基準

1. 医師の診察・検査により食物アレルギーと診断されていること。
2. 原因食品が特定されており、医師から食事療法を指示されていること。
3. 家庭でも原因食品の除去を行うなどの食事療法を行っていること。
4. 給食実施状況（給食施設設備、調理器具、調理員の配置状況など）が除去食の対応に可能であること。

## 3. 給食の対応

原因食品を取り除く除去食の提供を原則とします。除去食とは、給食献立の中で原因食品を除いて作るもので、例えば、卵アレルギーの場合、野菜入り卵スープは卵を入れないスープとなります。

※本様式を含め、文中に出てくる各様式については各園に用意してあります。

PDF形式のファイルを開くには、Adobe Acrobat Reader DC（旧 Adobe Reader）が必要です。  
お持ちでない方は、Adobe社から無償でダウンロードできます。

## 1. 入園面接予約時

- (1) アレルギーの有無を確認する。
- (2) アレルギー有→除去・内服薬やエピペンなど症状が出た時に使用する薬剤の有無を確認する。
- (3) 内服薬やエピペンなど薬剤が処方されている場合は、アレルギー用保育園(入園・継続)に関する意見書・アレルギー用保育活動一覧表・投薬指示書を入園面接日までに準備していただく。

## ◎内服薬やエピペンなど症状が出た時に使用する薬剤を持っている場合

- (1) アレルギー用保育園(入園・継続)に関する意見書・アレルギー用保育活動一覧表・投薬指示書・薬剤使用確認書(アレルギー用保護者記入)がそろっているか確認する。
- (2) 入園決定前に第一希望園に行き給食の除去食依頼書等の説明を受けることを説明する。  
(書類の提出が入園日に間に合わない場合、入園初日に給食の提供ができない)
- (3) 書類がそろわないと入園希望日に入園が間に合わない可能性があることを説明する。
- (4) 入園面接状況を第一希望園に伝える。

## 2. アレルギー面接

- (1) アレルギー面接→園長、栄養士、看護職、(クラス担任)で行う。
- (2) 看護職は、常時在中していないこと園全体を見ていることを説明し、同意を得る。
- (3) アレルギー用保育園(入園・継続)に関する意見書・アレルギー用保育活動一覧表・投薬指示書・薬剤使用確認書(アレルギー用保護者記入)を一緒に確認する。
- (4) どのような時にどのような症状が出るのかを確認する。
- (5) 必ず迎えに来てもらえるようどのくらいの時間で迎えに来られるのかと連絡先を確認する。
- (6) 症状が出なくても体調が気になる時には、電話相談させてもらうことを説明する。
- (7) 症状が出た翌日は、登園を控えてもらえるよう説明する。
- (8) 体調で気になることがあれば伝えていただく。
- (9) かかりつけの病院と緊急搬送先を確認する。
- (10) エピペンを持参する場合は、毎日持参し、持ち帰っていただく。
- (11) エピペンを複数本処方されている場合は、園で預かることもできる。
- (12) 保育園での保管場所を決める。
- (13) 保育園でのエピペン投与方法を保護者から指導していただく。
- (14) 指導日程を決める。

### 3. 入園決定後

- (1) 役割分担表を作成する。
- (2) 消防署への情報提供→起案し消防本部へ提出する。

### 4. 在園中にアレルギーによる投薬・エピペンが必要になった場合

- (1) 医師にアレルギー用保育園(入園・継続)に関する意見書、アレルギー用保育活動一覧表、投薬指示書等を記入していただく。
- (2) 保護者と今後の園生活に関して話し合う。

決 裁	課 長	課長補佐	園 長	

様式1

## 食 物 除 去 依 頼 書

年 月 日

我孫子市保育課長あて

保護者 氏名

住所

電話番号

本児については、統一献立給食での摂取が困難ですので、年 月 日よりアレルギー食物を除去する給食を希望したく、別紙「食物アレルギーに関する調査票」（様式2）、「保育所におけるアレルギー疾患生活管理表」（様式3）を添えて依頼します。

保育園名	保育園		
ふりがな			
児童名	生年月日	年	月 日
医療機関名	病院・医院・クリニック・診療所		

### ●原因食品

--

### ●主症状

--

### ●症状が出た場合の対応について、主治医からの指示

--

◇食物アレルギーに関する調査票

我孫子市立保育園

しめい  
氏名

( 年 月 日生 )

【該当するところ  レ チェック及び記入をお願いします】

1 食物アレルギーについてお聞きします。

① いつごろから症状がでましたか。( 歳 か月頃から )

② 今までどのような症状がでましたか。

発疹  発赤  じんま疹  吐き気・おう吐  下痢

ぜいぜいする  アナフィラキシー  アナフィラキシーショック

その他 ( )

※アナフィラキシー症状の経験がある場合にお答えください。

回数: 回 最後の発症年月日: 年 月 原因食物:

③ 食物アレルギーの原因となっている食物は何ですか。

食物名: \_\_\_\_\_

④ 現在、除去している食物はありますか。

ない  ある (食物名: \_\_\_\_\_)

⑤ 食物を除去しているのは、医師の指示ですか。

医師の指示による  医師の指示ではなく、保護者の判断による

⑥ ご家庭内での食物除去の対応についてお答えください。

除去食物を家族は食べている  調理器具などは専用  除去食物は家族も食べない

⑦ 過去に除去食を行っていたが、現在は食べられるようになった食物はありますか。

ない  ある (食物名: \_\_\_\_\_)

2 食物アレルギーの症状についてお聞きします。

① 原因食物を食べた後にどのような症状が occurred か。

何歳の時何を食べて	具 体 的 な 症 状 と 対 応
(例) 11か月 卵焼き	(例) 食後30分、腹部に蕁麻疹がでた。すぐに、小児科を受診。血液検査を受ける。内服薬(抗ヒスタミン)を処方され症状は治まった。その後、卵は全く食べていない。

② 運動により症状を発症したことはありますか。

ない

ある → 具体的な症状( \_\_\_\_\_ )

### 3 食物アレルギー治療薬についてお聞きします。

① 現在、食物アレルギーの治療のために、使用している薬はありますか。

ない

ある 内服薬( \_\_\_\_\_ )

吸入薬( \_\_\_\_\_ )

外用薬( \_\_\_\_\_ )

注射薬( \_\_\_\_\_ )

② 薬の携帯が必要ですか。

必要ない  必要 薬剤名:( \_\_\_\_\_ )

※保育園で薬をお預かりする場合、「与薬依頼書」の提出が必要です。

### 4 保育園での対応についてお聞きします。

① 給食での食物アレルギーによる個別対応が必要ですか。

必要ない

必要 → 医療機関を受診し「保育園におけるアレルギー疾患生活管理表(様式3・表)」及び「除去する食品(様式3・裏)」を提出してください。主治医の指示に沿って、除去食を提供します。

※ 保育園給食では、ナッツ類、そば、キウイフルーツ、生卵、魚卵は提供しません。

※ 1、2、3の状況から、給食を食べることが無理な場合は、ご家庭から弁当(昼食、おやつなど)を持参していただくことがあります。

② お子さんの食物アレルギーについて、給食や保育活動などで心配なこと、配慮が必要なことがありますか。また、その他のアレルギー(ラテックス、ハウスダスト、動物等)がありましたら、ご記入ください。

● 保育園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、本紙「食物アレルギーに関する調査票」に記載された内容を全職員で共有することに同意します。

記入年月日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者署名: \_\_\_\_\_

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・気管支ぜん息)

①名前 男・女 年 月 日生 ( 歳 ヶ月) 提出日: 年 月 日

※この生活管理指導表は、保育園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って、医師が作成するものです。

緊急連絡先

★保護者 電話:
★連絡医療機関 医療機関名: 電話:

Table with columns for 'Disease/Treatment' (病型・治療) and 'Precautions in Nursery' (保育園での生活上の留意点). Rows include 'Anaphylaxis' (アナフィラキシー) and 'Asthma' (気管支ぜん息) with detailed medical and management information.

●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、本表に記載された内容を保育所の職員及び消防機関・医療機関等と共有することに同意しますか
同意する . 同意しない
保護者氏名



**保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表** （アトピー性皮膚炎・アレルギー性結膜炎・アレルギー性鼻炎）

**①名前** \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生（ \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月） 提出日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※この生活管理指導表は、保育園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って、医師が作成するものです。

**緊急連絡先**  
 ★保護者 電話： \_\_\_\_\_  
 ★連絡医療機関 医療機関名： \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_

	病型・治療	保育園での生活上の留意点			
アトピー性皮膚炎 (あり・なし)	<b>A 重症度のめやす（厚生労働科学研究班）</b> 1. 軽症：面積に関わらず軽度の皮疹のみみられる。 2. 中等度：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満にみられる。 3. 重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上30%未満にみられる。 4. 最重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上にみられる。 ※軽度の皮疹：軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変 ※強い炎症を伴う皮疹：紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変	<b>A プール・水遊び及び長時間の紫外線下での活動</b> 1. 管理不要 2. 管理必要（ _____ ）		記載日： _____ 年 _____ 月 _____ 日  医師名： _____  医療機関名： _____  電話： _____	
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="background-color: yellow; width: 33%;"> <b>B-1 常用する外用薬</b>                              1. ステロイド軟膏                              2. タクロリムス軟膏（「プロトピック®」）                              3. 保湿剤                              4. その他（ _____ ）                         </td> <td style="background-color: yellow; width: 33%;"> <b>B-2 常用する内服薬</b>                              1. 抗ヒスタミン薬                              2. その他（ _____ ）                         </td> <td style="background-color: yellow; width: 33%;"> <b>C. 食物アレルギーの合併</b>                              1. あり                              2. なし                         </td> </tr> </table>	<b>B-1 常用する外用薬</b> 1. ステロイド軟膏 2. タクロリムス軟膏（「プロトピック®」） 3. 保湿剤 4. その他（ _____ ）	<b>B-2 常用する内服薬</b> 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他（ _____ ）		<b>C. 食物アレルギーの合併</b> 1. あり 2. なし
<b>B-1 常用する外用薬</b> 1. ステロイド軟膏 2. タクロリムス軟膏（「プロトピック®」） 3. 保湿剤 4. その他（ _____ ）	<b>B-2 常用する内服薬</b> 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他（ _____ ）	<b>C. 食物アレルギーの合併</b> 1. あり 2. なし			
アレルギー性結膜炎 (あり・なし)	<b>A 病型</b> 1. 通年性アレルギー性結膜炎 2. 季節性アレルギー性結膜炎（花粉症） 3. 春季カタル 4. アトピー性角結膜炎 5. その他（ _____ ）	<b>A プール指導</b> 1. 管理不要 2. 管理必要（管理内容： _____ ） 3. プールへの入水不可		記載日： _____ 年 _____ 月 _____ 日  医師名： _____  医療機関名： _____  電話： _____	
	<b>B 治療</b> 1. 抗アレルギー点眼薬 2. ステロイド点眼薬 3. 免疫抑制点眼薬 4. その他（ _____ ）	<b>B 屋外活動</b> 1. 管理不要 2. 管理必要（管理内容： _____ ）			
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)	<b>A 病型</b> 1. 通年性アレルギー性結膜炎 2. 季節性アレルギー性結膜炎（花粉症） 主な症状の時期：春・夏・秋・冬	<b>A 屋外活動</b> 1. 管理不要 2. 管理必要（管理内容： _____ ）		記載日： _____ 年 _____ 月 _____ 日  医師名： _____  医療機関名： _____  電話： _____	
	<b>B 治療</b> 1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬（内服） 2. 鼻噴霧用ステロイド薬 3. 舌下免疫療法 4. その他	<b>B 特記事項</b> （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）			

●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、本表に記載された内容を保育所の職員及び消防機関・医療機関等と共有することに同意しますか  
 同意する \_\_\_\_\_ 同意しない \_\_\_\_\_ 保護者氏名 \_\_\_\_\_

決 裁	課長	課長補佐	園長	

様式 4

## 食物アレルギー除去食解除依頼書

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

我孫子市保育課長あて

施設名：我孫子市立 \_\_\_\_\_ 保育園

児童氏名 \_\_\_\_\_

本児は、生活管理指導表において、保育園での給食・おやつで除去していた（食品名： \_\_\_\_\_）に関して、医師の指導の下、これまでに家庭等で複数回食べて症状が誘発されていないので、保育園における完全解除をお願いします。

保護者氏名： \_\_\_\_\_ 印