

# 補助資料【別紙①】

## 【食物アレルギーがある方へ】

下記情報は、ショートステイでお子さんをお預かりする際に必要な情報です。

ご記入をお願いします。

記入日 令和 年 月 日

お子さんの氏名 \_\_\_\_\_

何の食物アレルギーですか。	
何をどの程度食べて症状が出ましたか。	
どのような症状が出ましたか。 例：体の●●に発疹が出た	
アナフィラキシー症状(呼吸困難や意識障害など命に関わる症状)は出ましたか。	出た ・ 出ていない ※どちらかに○
エピペン(体重15kg以上)を常備していますか。	常備している ・ 常備していない ※どちらかに○
小麦粉アレルギーの場合 醤油などの調味料は摂取できますか。	摂取できる ・ 摂取できない ※どちらかに○
卵アレルギーの場合 加熱した卵は食べられますか。	加熱した卵は 食べられる ・ 食べられない ※どちらかに○
食べられるに○の方で、制限がある方は一日に食べられる分量をご記入ください。 ・白身のみ少し食べられる。黄身のみ黄身の半分だけ食べられる。などの詳細をご記入ください。 (	
つなぎは食べられますか。 マヨネーズは食べられますか。	つなぎは 食べられる ・ 食べられない マヨネーズは 食べられる ・ 食べられない ※どちらかに○
クッキー・ポーロ・ビスケットなどお菓子類は食べられますか。	お菓子類は 食べられる ・ 食べられない ※どちらかに○
甲殻類アレルギーの場合 工場での製造過程に含まれている場合のお菓子類は食べられますか。	お菓子類は 食べられる ・ 食べられない ※どちらかに○
現在、治療中ですか。	治療中 ・ 治療中ではない ※どちらかに○ <u>治療中に○の方は病院名</u>
食物アレルギーに対して薬を飲んでいますか。 頓服の処方がある方は <u>頓服薬の名前</u>	飲んでいる ・ 飲んでいない ※どちらかに○ 飲んでいるに○の方は <u>薬の名前</u>