

除去食確認シート (回)

検印	担当者印

主治医様

保育所給食において、つぎのとおり除去食を実施していますが、除去変更の有無及び変更する場合の内容について、お手数ですが、下記にご記入ください。

※保育所(園)は前回確認事項がわかるようにして、 保護者が記入した上で主治医にご提出ください

幼児名	(男・女) 生年月日 H . . (歳)	保育所(園)名	
保護者名		緊急連絡先	

(保育所は前回シート添付または記入等) 前回確認事項	原因食物	除去の程度					
	<input type="checkbox"/> 鶏卵	完全除去	加熱卵			生の加工品	生卵以外可
			少量含む可 <small>(練り物・ハム・パン・中華麺等)</small>	多く含む可 <small>(ケーキ・フライの衣等)</small>	卵料理可 <small>(プリン・茶碗蒸し含)</small>	卵黄可 <small>(マヨネーズ・カスタード等)</small>	
	<input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品	完全除去、乳少量含む可、乳多く含む可、牛乳飲・チーズ塊・ヨーグルト <small>(食パン・調理バター等) (ハム・菓子パン等) 脱脂粉乳飲 以外可</small>					
	<input type="checkbox"/>	完全除去、_____で_____まで可 他()					
<input type="checkbox"/> アナフィラキシーショック既往							
<input type="checkbox"/> 緊急時の対応・処方薬							
<input type="checkbox"/> 保育所での留意							

今回確認事項 (主治医記載)	<input type="checkbox"/> 前回と変更なし		<input type="checkbox"/> 下記のとおり変更する (変更のある項目に <input checked="" type="checkbox"/>)				
	<input type="checkbox"/> 除去食の解除	原因物質 () を解除します					
	<input type="checkbox"/> 除去の程度の変更 (必要時、別紙に記載し添付してください)						
	原因食物	除去の程度				診断の根拠	
	<input type="checkbox"/> 鶏卵	完全除去	加熱卵			生の加工品	既往・負荷試験 血液検査・未摂取
			少量含む可 <small>(練り物・ハム・パン・中華麺等)</small>	多く含む可 <small>(ケーキ・フライの衣等)</small>	卵料理可 <small>(プリン・茶碗蒸し含)</small>	卵黄可 <small>(マヨネーズ・カスタード等)</small>	
	<input type="checkbox"/> 牛乳乳製品	完全除去、乳少量含む可、乳多く含む可、牛乳飲・チーズ塊・ヨーグルト・脱脂粉乳飲 以外可 <small>(食パン・調理バター等) (ハム・菓子パン等)</small>					
<input type="checkbox"/>	完全除去、_____で_____まで可 他()						
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> アナフィラキシー既往 () <input type="checkbox"/> 緊急時の対応・処方薬 () <input type="checkbox"/> 保育所での留意 ()						
<input type="checkbox"/> 備考							
次回見直し時期	<input type="checkbox"/> 3か月後 <input type="checkbox"/> 6か月後 <input type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> その他 ()						

記載日

平成 年 月 日

医療機関名

電話番号

主治医氏名

印