

0 歳 児 生 活 調 査 票

(様式2)

〔保育所(園)・児童館保管用〕

児童氏名	ふりがな	男 ・ 女	生 年 月 日	保護者名		電話番号
			令和 年 月 日	住 所		()

保育の参考としますので記入又は該当する箇所に☑をつけてください。

健 診	最近受けた健診年月日	年 月 日	健診名
出 産	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 早産 (か月) <input type="checkbox"/> 異常 () 出生時体重 (g)		

発 育 状 況	首がすわっていますか	☐はい (か月) ☐いいえ
	あやすと笑いますか	☐はい (か月) ☐いいえ
	見えない方向から声をかけると顔を向けますか	☐はい (か月) ☐いいえ
	外気浴をしますか	☐は い ☐いいえ
	寝返りをしますか	☐はい (か月) ☐いいえ
	体のそばにあるおもちゃに手を伸ばして、つかみますか	☐つかむ ☐つかまない
	家族と一緒にいるとき、話しかけるような声をだしますか	☐出す ☐出さない
	お座りをしますか	☐はい (か月) ☐いいえ
	ハイハイをしますか	☐はい (か月) ☐いいえ
	支えられて立っていますか	☐はい (か月) ☐いいえ
	指で小さいものをつまみますか	☐は い ☐いいえ
	人見知りをしますか	☐は い ☐いいえ
	歯の生え始めは何か月ころでしたか	(か月)
ことばの言い始め(ウマウマ・ブーブーなど)は何か月ころでしたか	(か月)	

睡 眠	よく眠る方ですか	☐はい ☐いいえ																				
	どのようにして寝かせますか	☐添い寝 ☐おんぶ ☐だっこ ☐1人で寝る ☐その他																				
	1日の睡眠時間を記入してください																					
	午前 0 3 6 9 12 午後 3 6 9 11	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																				

ミ ル ク な ど に つ い て	現在飲んでいるもの	☐母乳 ☐混合 ☐人工(メーカー名)	
	現在飲んでいる量と授乳時間を記入してください		
	ミルクの量		
	時 間	午前 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 午後 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	
	どのようにして飲んでいきますか	☐抱いて飲ませる ☐寝かせて飲ませる ☐寝ながら自分で持って ☐その他 ()	
	ミルクのあたたかさ	☐人肌 ☐少し熱め ☐ぬるめ	
	ミルクの飲み方	☐一気に飲む ☐休みながらも全量飲む ☐あまり飲まない	
	ゲップが出ますか	☐出る(飲んでからおおよそ 分) ☐出ない	
	ミルクを吐きますか	☐吐かない ☐吐きやすい	
	哺乳ビン嫌がりませんか	☐はい ☐嫌がる (☐スプーンで ☐コップで)	
乳首は何を使っていますか	メーカー () サイズ・種類 ()		
番茶、湯冷まし等を飲ませていますか	☐はい ☐いいえ		

裏面もご記入ください。

保育所（園）生活管理指導表（食物アレルギー疾患及び乳糖不耐症等用）

令和 年 月 日生（ 歳 か月） 保育所・保育園 組 提出日 令和 年 月 日

食物アレルギー（あり・なし）	病型・治療	保育所生活上の留意点		★保護者 電話： 「緊急時連絡先」（保護者記入欄） ★連絡医療機 医療機関名： 電話： 記載日 令和 年 月 日 医師名 医療機関名 電話	
	A 食物アレルギー病型(食物アレルギーありの場合のみ記載) 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・乳児消化管アレルギー・口腔アレルギー症候群・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・その他)	A 給食・離乳食 1 管理不要 2 管理必要(管理内容については、病型・治療のC欄及び下記C、E欄を参照)	B アレルギー用調整粉乳 1 不要 2 必要 下記該当ミルクに○、又は()内に記入 ミルフィーHP・ニューMA1・MA-mi・ペプディエット・エレメンタルフォーミュラ・その他()		
	B アナフィラキシー病型(アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載) 1 食物(原因) () 2 その他(医薬品・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・ラテックスアレルギー・昆虫・動物のフケや毛)	C 除去食品においてより厳しい除去が必要なもの 病型・治療のC、欄で除去の際に、より厳しい除去が必要となるものみに○をつける *本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した料理については、給食対応が困難となる場合があります。 1 鶏卵: 卵殻カルシウム 2 牛乳・乳製品: 乳糖 3 小麦: 醤油・酢・麦茶 6 大豆: 大豆油・醤油・味噌 7 ゴマ: ゴマ油 12 魚類: かつおだし・いりこだし 13 肉類: エキス	E 特記事項 (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)		
	C 原因食物・診断根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ()内に診断根拠を記載 1 鶏卵* 《 》(すべて・生卵・加熱不十分な卵を含む食品) () 2 牛乳・乳製品 《 》 [診断根拠] 該当するものを《 》内に記載 3 小麦 《 》 ① 明らかな症状の既往 4 ソバ 《 》 ② 食物負荷試験陽性 5 ピーナッツ 《 》 ③ IgE抗体等検査結果陽性 6 大豆 《 》 ④ 未摂取 7 ゴマ 《 》 8 ナッツ類* 《 》(すべて・クルミ・アーモンド) () 9 甲殻類* 《 》(すべて・エビ・カニ) () 10 軟体類・貝類* 《 》(すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ) () 11 魚卵* 《 》(すべて・イクラ・タラコ) () 12 魚類* 《 》(すべて・サバ・サケ) () 13 肉類* 《 》(鶏肉・牛肉・豚肉) () 14 果実類* 《 》(キウイ・バナナ) () 15 その他* 《 》() 「*は()の内の該当する項目に○をするか具体的に記載すること」	D 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	F 乳糖不耐症等 1 飲用牛乳・スキムミルクのみ除去 2 その他()		
D 緊急時に備えた処方薬 1 内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) 2 アドレナリン自己注射薬(「エピペン®」) 3 その他()					

●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

家庭における除去の程度一覧表

記録保護者名

記入日 令和 年 月 日 保育所(園)名 :

(様式4)

手順1: 該当するアレルゲン食品の項目に☑をつける。
 手順2: ○×欄に家庭で食べさせているものに○、食べさせていないものに×を記入する。

卵⇒ 鶏 うずら

強度	食品リスト	○×
強 ↑	4 生卵, 生の卵白が含まれる食品	
	3 加熱した卵料理(目玉焼き, ゆで卵, 卵焼き, オムレツなど) 生の卵黄が含まれる食品(アイスクリーム, マヨネーズなど)	
		加熱した卵白が相当量含まれる食品(プリン, 茶碗蒸し, 卵スープなど)
	2 加熱した卵が含まれる食品(ケーキ, クッキー, カステラ, 菓子パン, フライの衣など)	
つなぎに卵が含まれる食品(かまぼこ, ちくわ, ハム, ソーセージ, 中華めんなど)		
弱 ↓	1 全卵を極めて微量に含む食品(一部の食パン, 天ぷら粉, めん類のつなぎなど)	
	その他 コンタミネーション*表示の中に記載されている場合	

肉類⇒ 牛肉 豚肉 鶏肉 その他()

強度	食品リスト	○×
強 ↓ 弱	2 肉そのもの(牛肉, 鶏肉, 豚肉など)	
	1 肉・骨などを使用したスープ(コンソメ・ルウなど)	
	その他 コンタミネーション*表示の中に記載されている場合	

魚介類・甲殻類⇒ えび かに いか 魚 その他()

強度	食品リスト	○×
強 ↑ 弱	2 甲殻類・魚介類そのもの(えび, かに, いか, 貝, 魚など)	
	1 魚介類を使用したスープ(だし, スープの一部など)	
	その他 魚卵(子持ちししゃも, たらこなど)	
	備考(×な魚介類を列記)	
弱	その他 コンタミネーション*表示の中に記載されている場合	

牛乳・乳製品

強度	食品リスト	○×
強 ↑	4 生の牛乳, 牛乳を主原料とした食品(牛乳, 調製粉乳, 練乳 など)	
	3 生の牛乳を用いた食品(生クリーム, アイスクリームなど)	
		牛乳が相当量含まれる食品(プリン, パパロア, シチューなど)
	2 チーズ, ヨーグルト, バターやこれらを含んだ食品	
牛乳を多く含んだお菓子(ケーキ, チョコレートなど)		
弱 ↓	1 つなぎにカゼインを含んだ食品(一部のハム, ソーセージなど)	
	一部のマーガリン, ショートニング	
	加熱された牛乳やバターが少量含まれる食品(食パン, クッキーなど)	
その他	乳糖	
その他	コンタミネーション*表示の中に記載されている場合	

大豆・大豆加工品および豆腐

強度	食品リスト	○×
強 ↑ 弱	3 大豆, 枝豆, おから	
	2 豆乳, 豆腐, 厚揚げ, 油揚げ, がんもどき など	
		納豆, きな粉, またその加工品
	市販植物油のほとんど(大豆油, サラダ油, 天ぷら油)	
弱	1 マーガリン, ルウ	
	豆類(あずき, もやし, いんげん豆, グリンピース など)	
その他	みそ, しょうゆ など	
その他	コンタミネーション*表示の中に記載されている場合	

その他食べさせていないもの

該当するアレルゲン食品の項目に☑をつける。()内は具体的な食品名を記載。

そば 米 ごま その他()
ナッツ類()
野菜 ()
くだもの()
上記食品のコンタミネーションも除去が必要

小麦・麦製品

強度	食品リスト	○×
強 ↑ 弱	3 小麦を主成分とした食品(パン, うどん, 麺, パスタ, ケーキなど)	
	2 小麦を少量使用した食品(肉・練り製品のつなぎ, カレールウ, フライの衣など)	
		麦そのものを少量使用(麦ごはん, 麦みそなど)
弱	1 みそ, しょうゆ, 酢	
	その他	コンタミネーション*表示の中に記載されている場合

*コンタミネーションとは、製造過程での意図しない混入のことです。
 (例)「本製造工程では○○を含む製品を製造しています」等の表示のあるもの

食物アレルギー対応面談記録票

□初回

□継続

面談日 令和 年 月 日

児童氏名	保育所(園) クラス () 氏名 () 男 ・ 女		
保護者氏名	続柄 ()	緊急連絡先： T E L : - - 携帯電話： - -	
面談対応者	□施設長 □主任 □担任 () □給食担当 () □その他 ()		
生活管理指導表の提出	□あり □なし (提出予定日)		
食物アレルギー対応(対応レベル、除去の方法等)			
アレルギー食品の種類	症状	家庭での対応	備考
	(初回) 症状が出たときの様子 いつ： 症状： 対応： (継続) 前回の面談から症状が出たことがあったか □あり 様子： □なし	(初回) 少量食べているのか、全く口にしないのか、家族はどうしているのか等、様式4を確認しながら詳しく聞き取る (継続) 前回の面談から変化があれば	(初回) 給食以外で配慮が必要なこと、治療しているか等 (継続) 施設での対応について不安や困っていることはないか等
緊急時の具体的な対応方法等	薬 □なし □あり(薬名： 保管場所：) (使用方法：)		
給食の対応決定	□ 対応食(代替食・除去食)提供 □ 完全弁当 □ 一部弁当() □ 飲用牛乳(ミルク)のみ除去 □ 給食での対応はなし □ その他 () 備考：		
その他特記事項			

令和 年 月 日

組

さん 保護者 様

保育所 (園)

所 (園) 長

令和 年度 食物アレルギー対応給食決定通知書

日ごろ、保育所 (園) 給食の運営に御理解と御協力をいただき感謝申し上げます。
 さて、先日は給食でのアレルギー対応について面談をさせていただき、ありがとうございました。面談の内容から、給食では次のように対応を決定します。
 何か不明な点がありましたら、保育所 (園) まで連絡をお願いします。

記

組	児童名	原因食品	給食での対応	対応月日
			<input type="checkbox"/> 除去・代替食の提供 ※ (献立表は <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 提供月) <input type="checkbox"/> 完全弁当 <input type="checkbox"/> 一部弁当 () <input type="checkbox"/> 飲用牛乳 (ミルク) のみ除去 <input type="checkbox"/> 給食での対応は無し <input type="checkbox"/> その他 ()	月 日 開始

切り取り

同意書

(様式6)

保育所 (園) 長 様

私 (保護者氏名) _____ は、決定内容について同意します。

学年・組	児童名	原因食品	給食での対応	対応月日
0			<input type="checkbox"/> 除去・代替食の提供 ※ (献立表は <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 提供月) <input type="checkbox"/> 完全弁当 <input type="checkbox"/> 一部弁当 () <input type="checkbox"/> 飲用牛乳 (ミルク) のみ除去 <input type="checkbox"/> 給食での対応は無し <input type="checkbox"/> その他 ()	月 日 開始

令和 年 月 日

組

児童生徒名

保護者署名

秘 アレルギー等の個別ケア管理記録

(様式8)

保育所(園) No.

氏名	男・女	生年月日	H・R	年	月	日	生まれ	家族構成	父・母・祖父・祖母・兄弟(人)・弟妹(人)					
								アレルギーの有無	()	()	()	()	()	()
ケアが必要な事項	<input type="checkbox"/> アレルギー (除去食品: _____) <input type="checkbox"/> その他の問題点 (_____)													
支援及び指導内容														
年月日	クラス	身体状況		保育所(園)での子どもの様子・働きかけ・改善した点				保護者への働きかけ・支援・改善した点				備考		
R 年 月		身長	cm											
		体重	kg											
		肥満度	%											
歳 ヶ月		身長	cm											
		体重	kg											
		肥満度	%											
R 年 月		身長	cm											
		体重	kg											
		肥満度	%											
歳 ヶ月		身長	cm											
		体重	kg											
		肥満度	%											
R 年 月		身長	cm											
		体重	kg											
		肥満度	%											
歳 ヶ月		身長	cm											
		体重	kg											
		肥満度	%											
R 年 月		身長	cm											
		体重	kg											
		肥満度	%											
歳 ヶ月		身長	cm											
		体重	kg											
		肥満度	%											

食物アレルギー対応給食 解除届

令和 年 月 日

_____ 保育所（園）長 様

_____ 組

児童生徒氏名：_____

本児童は、生活管理指導表に基づき除去していた（食物_____）
に関して、医師の指導のもと、これまでに複数回食べて症状が誘発されないので、
保育所（園）給食における食物アレルギー対応給食の解除をお願いします。

保護者氏名：_____