

特定非営利活動法人 ねばあらんど

理事長 百田清美 様

放課後児童クラブ

児 童 名 ( 年 )

保護者氏名(自署)

## 6. 食物アレルギーに関する確認票

●原因食材・物質	
●症状	
●発症	◆初めて症状が起きたのは 才頃 その際の、通院は 有 無 ◆一番最近症状が起きたのは 才頃 その際の、通院は 有 無
●本人の自覚	◆本人は自分でアレルギー原因食品がわかり、除去できますか？ また、除去することを職員に伝えられますか？ はい ・ いいえ
●クラブでの対応	・おやつ持参 ・部分的に除去( 生のみ ・ その他 )
●対処方法	◆アレルギー症状が起こってしまったときは、 ・エピペン注射 ・内服薬使用( ) ・安静 ・その他( ) ※症状が起きてしまった場合、保護者の方へ連絡します。お迎えをお願いします。 ※エピペン注射や救急車の要請など、保護者の方と連絡が取れなくても実施することがあります。
●家庭での対応	◆家庭での食事や外食時に配慮していること(クラブでの対応の参考にさせていただきます) _____
●その他	◆おやつ以外に気を付けること ・あそび _____ ・昼食(お弁当) _____ ・工作の材料 _____ ・その他 _____

\*クラブでは、アレルギー対応専用の施設整備や器具類は使用していません。

\*クラブの施設環境や人員の面から、可能な範囲で対応します。

\*アレルギーを完全除去(製造ライン等考慮)の場合は、対応できません。

ご家庭でのおやつをご用意ください。

\*特定原材料(えび、かに、卵、小麦、そば、落花生、乳)については、  
 部分除去の対応を検討します。状況に応じおやつを提供します。

職員	理事	