

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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
	◆一番最近症状が起きたのは _____ 才頃	その際の、通院は	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
●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? <u>はい</u> · <u>いいえ</u>		
●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() ※症状が起きました場合、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頂きます)		
●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。

*アレルゲンを完全除去(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