

保育園におけるアレルギー疾患生活管理指導表（食物アレルギー・アナフィラキシー・気管支喘息）

名前 _____ 男・女 年 月 日生（ 歳 ヶ月） 組 提出日 年 月 日

病型・治療		保育園での生活上の留意点		★保護者 (電話)	
食 ア ナ フ イ ラ キ シー （ あ り ・ あ り ・ な し ）	A 食物アレルギー病型 1 食物アレルギーの関与する乳児性アトピー性皮膚炎 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 アレルギー用調製粉乳 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MA-1・MA-mi・ペプディエット エレメンタルフォーミュラ その他（ ）		★連絡医療機関 (医療機関名)
	B アナフィラキシー病型 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		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)	（電話）
	C 原因食品・除去根拠 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 < > 2 牛乳・乳製品 < > 【除去根拠】該当するすべてのものを< >内に番号を記載 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 ビーナッツ < > ③IgE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・ガシュナツ・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* < > (牛肉・鶏肉・豚肉・_____) 14 果物類* < > (キウイ・バナナ・_____) 15 その他* < > () 「*類は（ ）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（_____）	記載日 年 月 日		
	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（「エビペン」） 3 その他（_____）			医師名	①
			医療機関名	②	
			電話	除去の期間及び再評価の見直し 1 6か月 2 12か月	
食 ア ナ フ イ ラ キ シー （ あ り ・ あ り ・ な し ）	A 症状のコントロール 1 良好 2 比較的良好 3 不良	C 急性増悪（発作）治療薬 1 ベータ刺激薬吸入 2 ベータ刺激薬内服 3 その他	A 寝具に関して 1 管理不要 2 防ダニシーツ等の使用 3 その他管理が必要（_____）	★保護者 (電話)	
	B 長期管理薬（短期追加治療薬を含む） 1 ステロイド吸入薬 剤形： 投与量（日）： 2 ロイコトリエン受容体拮抗薬 3 DSCG吸入薬 4 ベータ刺激薬（内服・貼り付け薬） 5 その他（_____）	D 急性増悪（発作）時の対応（自由記載）	B 動物との接触 1 管理不要 2 動物への反応が強いため不可 動物名（_____） 3 飼育活動等の制限 （_____）		（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上記載。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定）
			C 外遊び、運動に対する配慮 1 管理不要 2 管理必要 (管理内容：_____)	医師名	①
				医療機関名	②

●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 _____