

保育・教育施設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・気管支ぜん息)

提出日 年 月 日

名前 男・女 年 月 日生 (歳 ヶ月) 組

※ この生活管理指導表は、保育所の生活において特別な配慮や管理が必要となった子どもに限って、医師が作成するものです。

緊急連絡先
★保護者 電話:
★連絡医療機関 医療機関名:
電話:

アレルギー疾患	病型・治療	保育所での生活上の留意点	記載日
	アナフィラキシー (あり・なし) 食物アレルギー (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:) 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. 原因食品・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に除去根拠を記載 1. 鶏卵 《 》 2. 牛乳・乳製品《 》 [除去根拠] 3. 小麦 《 》 4. ソバ 《 》 5. ピーナッツ 《 》 6. 大豆 《 》 7. ゴマ 《 》 8. ナッツ類* 《 》 (すべて・クルミ・カシューナッツ・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・タロコ・) 12. 魚類* 《 》 (すべて・サバ・サケ・) 13. 肉類* 《 》 (鶏肉・牛肉・豚肉・) 14. 果物類* 《 》 (キウイ・バナナ・) 15. その他 () [*は()の中の該当する項目に○をするか具体的に記載すること]	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() 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 4. 大豆: 大豆油・醤油・味噌 5. ゴマ: ゴマ油 6. 魚類: かつおだし・いりこだし 7. 肉類: エキス 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 () 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)
気管支ぜん息 (あり・なし)	病型・治療 A. 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良 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2刺激薬(内服・貼付薬) 5. その他 () C. 急性増悪(発作)治療薬 1. ベータ2刺激薬吸入 2. ベータ2刺激薬内服 3. その他 D. 急性増悪(発作)時の対応 (自由記載)	保育所での生活上の留意点 A. 寝具に関して 1. 管理不要 2. 防ダニシーツ等の使用 3. その他の管理が必要() 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() 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:) D. 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)	年 月 日 医師名 医療機関名 電話

● 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

(保護者)→(のば園)

食物アレルギー対応票

提出日: 年 月 日
生年月日(年 月 日)

園児氏名

保護者氏名

緊急連絡先

	氏名	続柄	電話番号
1		職場	自宅 携帯
2		職場	自宅 携帯
3		職場	自宅 携帯

主治医

医療機関名

主治医名

住所

電話番号

原因食品と摂取後の症状

--

家庭での食事・外食・おやつについての除去方法

--

給食に希望する対応内容

--

園生活における留意点

--

食物アレルギー以外のアレルギーについて(治療状況など)

--

緊急時の対応(のば園近くの病院、診療所など)

--

アナフィラキシーショックの経験の有無

無 ・ 有 (回数: 回 ・ 最後の発症: 年 月 ・ 原因:)

※ アナフィラキシー発症時は、必ず救急車を要請します

園記入欄

--

のば園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、記載された内容を全職員で共有することに同意します。

保護者署名