

保育所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）

名前 _____ 男・女 _____ 年 ____ 月 ____ 日生（ ____ 歳 ____ ヶ月） 保育園チャイルド _____ ルーム 提出日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

※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場合に限りて医師が作成するものです。年1回の更新が必要です。

緊急連絡先	★保護者 電話： _____
	★連絡医療機関 医療機関名： _____
	電話： _____

病型・治療		保育所での生活上の留意点		記載日
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： _____）	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）		年 月 日
	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）	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（ _____ ）		医師名 _____
	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 《 》 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・タラコ・ _____） 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」	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	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）	医療機関名 _____
	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（ _____）	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（ _____）		電話 _____
病型・治療		保育所での生活上の留意点		記載日
気管支ぜん息（あり・なし）	A. 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良	C. 急性憎悪（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. その他の管理が必要（ _____）	年 月 日
	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・貼付薬） 5. その他（ _____）	D. 急性憎悪（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（ _____）	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： _____）
				医療機関名 _____
				電話 _____

●保育所における日常の取り組みおよ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 _____

保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表（アレルギー性皮膚炎・アレルギー性結膜炎・アレルギー性鼻炎）

名前 _____ 男・女 _____ 年 ____ 月 ____ 日生（ ____ 歳 ____ ヶ月） 保育園チャイルド _____ ルーム 提出日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

※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場合に限りて医師が作成するものです。年1回の更新が必要です。

緊急連絡先	★保護者
	電話： _____
	★連絡医療機関
	医療機関名： _____ 電話： _____

病型・治療	保育所での生活上の留意点		記載日	
アトピー性皮膚炎 (あり・なし)	A. 重症度のみやす（厚生労働科学研究班） 1. 軽症：面積に関わらず、軽度の皮疹のみみられる。 2. 中等症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満にみられる。 3. 重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満にみられる。 4. 最重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上にみられる。 ※軽度の皮疹：軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変 ※強い炎症を伴う皮疹：紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変		年 ____ 月 ____ 日	
B-1. 常用する外用薬 1. ステロイド軟膏 2. タクロリムス軟膏（「プロトピック®」） 3. 保湿剤 4. その他（ _____ ）	B-2. 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他（ _____ ）	C. 食物アレルギーの合併 1. あり 2. なし	A. プール・水遊び及び長時間の紫外線下での活動 1. 管理不要 2. 管理必要 （管理内容： _____ ） 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 （ _____ ） 4. その他（ _____ ） 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）	医師名 _____ 医療機関名 _____ 電話 _____
アレルギー性結膜炎 (あり・なし)	A. 病型 1. 通年性アレルギー性結膜炎 2. 季節性アレルギー性結膜炎（花粉症） 3. 春季カタル 4. アトピー性角結膜炎 5. その他（ _____ ）		年 ____ 月 ____ 日	
B. 治療 1. 抗アレルギー点眼薬 2. ステロイド点眼薬 3. 免疫抑制点眼薬 4. その他（ _____ ）	A. プール指導 1. 管理不要 2. 管理必要 （管理内容： _____ ） 3. プールへの入水不可 C. 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）		医師名 _____ 医療機関名 _____ 電話 _____	
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)	A. 病型 1. 通年性アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎（花粉症） 主な症状の季節： 春・夏・秋・冬		年 ____ 月 ____ 日	
B. 治療 1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬（内服） 2. 鼻噴霧用ステロイド薬 3. 舌下免疫療法 4. その他（ _____ ）	A. 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 （管理内容： _____ ） B. 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）		医師名 _____ 医療機関名 _____ 電話 _____	

●保育所における日常の取り組みおよ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 _____