

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・気管支ぜん息）

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

提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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		保育園での生活上の留意点		記載日	
					年 月 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： _____） 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《 》 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」		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 ・ ベブディエット ・ 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 <u>※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。</u> 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 6. 大豆： 大豆油・醤油・味噌 7. ゴマ： ゴマ油 12. 魚類： かつおだし・いりこだし 13. 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。対応内容は保育園が保護者と相談のうえ決定）	記載日
	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「エピペン®」 3. その他《 》					年 月 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 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《 》		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 _____ D. 急性増悪（発作）時の対応 （自由記載）		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。対応内容は保育園が保護者と相談のうえ決定）	記載日
					年 月 日	
				医師名		
				医療機関名		
				電話		

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・気管支ぜん息）

提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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

	病型・治療			保育園での生活上の留意点		記載日
						年 月 日
アトピー性皮膚炎 (あり・なし)	A. 重症度のめやす(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			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 ()		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名 電話
	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	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。対応内容は保育園が保護者と相談のうえ決定)	
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()			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		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名 電話
	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()			B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要(管理内容:)		
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) 主な症状の時期: 春・夏・秋・冬			A. 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要(管理内容:)		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名 電話
	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			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。対応内容は保育園が保護者と相談のうえ決定)		