

保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 平成・令和 年 月 日生（ 歳 ヶ月）

_____ 保育園

この生活管理指導表は保育施設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。

★保護者記入欄

食物アレルギー（あり・なし）	アナフィラキシー（あり・なし）	病型・治療		保育施設での生活上の留意点		★保護者名 電話（続柄） ① _____（ ） ② _____（ ） ③ _____（ ） ★緊急連絡医療機関 医療機関名： 電話： 記載日 _____年 _____月 _____日 更新日 _____年 _____月 _____日 医師名 _____ 医療機関名 _____ 電話 _____
		A. 食物アレルギー病型（食物アレルギーありの場合のみ記載） 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（新生児消化器症状・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（アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載） 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. 原因食物・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* 《 》（クルミ・アーモンド・カシューナッツ・ _____） 9. 甲殻類* 《 》（エビ・カニ・ _____） 10. 軟体類・貝類* 《 》（イカ・タコ・ホタテ・アサリ・ _____） 11. 魚卵 《 》（イクラ・タラコ・ _____） 12. 魚類* 《 》（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 《 》（ _____） 「*類は（ ）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. 保護者と相談し決定 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・ニューMA-1・MA-m i ・ペブディエット エレメンタルフォーミュラ その他（ _____） C. 食物・食材を扱う活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 D. 除去食品で摂取不可能なもの 病型・治療のCで除去の際に摂取不可能なものに○ 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. 大豆：大豆油・醤油・味噌 6. 大豆：大豆油・醤油・味噌 7. ゴマ：ゴマ油 8. 魚類：かつおだし・いりこだし 9. 肉類：エキス 10. トマト・りんご：ソース・ケチャップ類 E. その他の配慮（薬品等）・管理事項、注意する症状 （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。対応内容は保育施設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		保育施設での生活上の留意点		記載日 _____年 _____月 _____日 医師名 _____ 医療機関名 _____ 電話 _____	
	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。対応内容は保育施設が保護者と相談のうえ決定） 1. 保育施設での特別な対応不要 2. その他 _____		

●保育施設等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施設等全職員および市所管課で共有することに同意します。

保護者署名 _____

印 _____

保育施設におけるアレルギー疾患生活管理指導表（アトピー性皮膚炎・アレルギー性結膜炎・アレルギー性鼻炎）

提出日 年 月 日

名前 _____ 男・女 平成・令和 年 月 日生（ 歳 ヶ月）

この生活管理指導表は保育施設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。

アトピー性皮膚炎 (あり・なし)	病型・治療			保育施設での生活上の留意点		記載日
	A. 重症度のためやす(厚生労働科学研究班) 1. 軽症：面積に関わらず，軽度の湿疹のみ見られる。 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. 最重度：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()		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()	B-3. 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。対応内容は保育施設が保護者と相談のうえ決定) 1. 保育施設での特別な対応不要 2. その他	
						医療機関名
						電話
アレルギー性結膜炎 (あり・なし)	病型・治療			保育施設での生活上の留意点		記載日
	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		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()			B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 (管理内容：)		医師名
						医療機関名
						電話
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)	病型・治療			保育施設での生活上の留意点		記載日
	A. 病型 1. 通年性アレルギー鼻炎 2. 季節性アレルギー鼻炎(花粉症) おもな症状の時期：春・夏・秋・冬			A. 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 (管理内容：)		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			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。対応内容は保育施設が保護者と相談のうえ決定) 1. 保育施設での特別な対応不要 2. その他		医師名
						医療機関名
						電話

●保育施設等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施設等全職員および市所管課で共有することに同意します。

保護者署名 _____ 印