

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)

提出日 年 月 日

名前 男・女 年 月 日生 (歳 か月) 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：

▼▼ 食 ア ナ フ レ イ ル ギ ー シ ー (あ り ・ な し) (あ り ・ な し)	病型・治療		保育所での生活上の留意点		記載日	
	A. 食物アレルギー病型		A. 給食・離乳食		年 月 日	
	1 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎		1 管理不要		医師名	
	2 即時型		2 管理必要(管理内容については、病型・治療C欄及び下記C、E欄を参照)			
	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. アレルギー用調整粉乳		医療機関名	
	B. アナフィラキシー病型		1 不要			
	1 食物(原因：)		2 必要 下記該当ミルクに○、又は()内に記入		電話	
	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)		ミルフィーHP・ニューMA-1・ペプディエット エレメンタルフォーミュラ・その他()			
	C. 原因食品・除去根拠		C. 除去食品においてより厳しい除去が必要なもの			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)
	該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に除去根拠を記載		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のみに○をつける			
1 鶏卵		※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。				
2 牛乳・乳製品		1 (鶏卵) 卵殻カルシウム				
3 小麦		2 (牛乳・乳製品) 乳糖				
4 ソバ		3 (小麦) 醤油・酢・麦茶				
5 ピーナッツ		6 (大豆) 大豆油・醤油・味噌				
6 大豆		7 (ゴマ) ゴマ油				
7 ゴマ		12 (魚類) かつおだし・いりこだし				
8 ナッツ類*	(すべて・クルミ・カシュー・アーモンド・)	13 (肉類) エキス				
9 甲殻類*	(すべて・エビ・カニ・)	D. 食物・食材を扱う活動について				
10 軟体類・貝類*	(すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ・)	1 管理不要				
11 魚卵*	(すべて・イクラ・タラコ・)	2 原因食材を教材とする活動の制限()				
12 魚類*	(すべて・サバ・サケ・)	3 調理活動時の制限()				
13 肉類*	(鶏肉・牛肉・豚肉・)	4 その他()				
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						
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「エピベン®」						
3 その他 ()						

●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・教育施設の職員及び行政機関・消防機関・医療機関等と共有することに同意します。

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（食物アレルギー・アナフィラキシー）

提出日 年 月 日

名前 男・女 年 月 日生 (歳 か月) 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。

緊急連絡先は保護者が記入します。

緊急連絡先	★保護者
	電話：
	★連絡医療機関
	医療機関名：
	電話：

▼▼ 食 ア ナ フ イ ル ラ ギ キ ー シ ー ー あ あ り ・ な し ー	病型・治療		保育所での生活上の留意点		記載日
	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 2 即時型 3 その他（新生児・乳児消化管アレルギー 食物依存性運動誘発アナフィラキシー）		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・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 ナッツ類* 6 甲殻類* 7 軟体類・貝類* 8 魚卵* 9 魚類* 10 肉類* 11 果物類* 12 その他* *は（ ）の中の該当する項目に○をす		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ります。 ここに記載されている食材は極微量のアレルゲンが含有されている程度であり、基本的に除去する必要がありません。本欄に○がついた場合には給食対応が困難となりますので、慎重に考慮下さい。		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「エピペン®」 3 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） ここに記載されている食材は極微量のアレルゲンが含有されている程度であり、基本的に除去する必要がありません。本欄に○がついた場合には給食対応が困難となりますので、慎重に考慮下さい。		電話

保育所での与薬が必要な場合は、与薬のタイミング等の指示等を記載する「主治医意見書（様式あり）」が必要となります。

活用するため、本表に記載された内容を保育・教育施設の職員及び行政機関・消防機関・医療機関等と共有することに同意します。

保護者氏名