

健康管理委員会に関わる 提出書類の御案内

令和6年7月発行

川崎市こども未来局保育・子育て推進部

問い合わせ：健康管理委員会事務局(TEL 044-200-2664)

【申請フォーム】

<https://lgpos.task-asp.net/cu/141305/ea/residents/procedures/apply/817e3759-af80-42cb-968a-d58e7a545a2f/start>

○令和6年7月より、オンライン手続きを開始します。令和7年4月からは原則オンラインでの手続きをお願いします。

○入園可否の審議については、オンラインでの手続きができません。各区児童家庭課へ御相談ください。

健康管理委員会 提出書類一覧表

R6.7

様式 No.	様式	申請内容 (ページ番号)	一般病 (一般の疾病)	川崎病 (心臓疾患 がある場合 のみ)	与薬または アレルギー以外の理由での除去食				食物アレルギー除去食										
					与薬開始 (エピペン)	与薬開始 (エピペン以外)	アレルギー以外 での除去食 開始	解除	新規	変更	継続	一部解除	解除						
					p.1	p.3	p.5	p.7	p.7	p.8	p.10	p.11	p.12	p.12	p.13				
A1	川崎市保育園 { 在園児健康診断 入園前健康診断 } の結果報告		△	△	△														
	児童票1枚(写し)		○	○															
	健康記録表(3枚)		○	○															
A2	主治医宛て文書(一般病・川崎病・与薬申請用)		※	※	※	※	※												
A3	主治医意見書 一般病用(2枚)		▲		▲	▲	▲												
A4	主治医意見書 川崎病用(2枚)			▲															
A5	入園前健康診断記録表(1枚)		●△	●△															
A6	施設長意見書		●	●	●														
A7	与薬申請書(抗けいれん剤・エピペン・その他)				○(△)	○(△)	○(△)												
A8	与薬解除届(抗けいれん剤・エピペン・その他)							○(△)											
B1	保護者宛て文書(食物アレルギー用)								※										
B2	主治医宛て文書(食物アレルギー用)								※	※									
B3	保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表								▲○	▲○									
B4	除去食継続申請書										○								
B5	除去食解除申請書											○	○						

- 保護者記入
- 施設長記入
- △ 園医(嘱託医)記入
- ▲ 主治医・かかりつけ医記入
- ※ 配布書類

(△)園医の押印が必要

食物アレルギーが原因ではない食物制限(乳糖不耐症や薬を服用中での特定食品の禁忌など)が必要な場合は【与薬またはアレルギー以外での除去食】となります。「主治医意見書(一般病用)」と「与薬申請書」の提出をお願いいたします。

主治医意見書を記入していただく際に
主治医へ一緒にお渡しください。

年 月 日

主治医 様

川崎市保育所入所児童等健康管理委員会委員長

主治医意見書の記載についてお願い

拝啓 時下ますます御清栄のこととお慶び申し上げます。

日ごろ、保育園児の健康管理につきましては、御理解と御協力を賜り深く
感謝しております。さて、本市におきましては、保育園児の健康管理の一環
として、児童の保育について先生方の御高見をふまえ、適切な処遇を講ずるよ
う努めております。

つきましては、御繁忙の折、誠に恐縮に存じますが先生にお世話になっ
ております()の病状について、別紙主治医意見書に御記載
くださいますようお願い申し上げます。

敬 具

2/2

(一般研用)

3. 整理可能な状況と検査結果

1/2

(一般研用)

施設名

主 治 医 意 見 書

年 月 日

所在地

医療機関名

電 話

医 師

住所 川崎市 区

児童名

年 月 日 生

男・女

() 歳

病名

1. 現症発病よりの経過

2. 既往歴

(4)

入園前健康診断記録表

		児童名		
		生年月日	・ ・ 生	
健診年月日		・ ・	所見	
体格	大・中・小	O.B		
栄養	やせ・肥満	O.B		
成長記録	遅延	O.B		
顔色	蒼白・異常 顔色・黄疸	O.B		
顔貌		O.B		
頭部	頭型	非対称・尖頭		O.B
	頭蓋瘻	あり		O.B
	大泉門	閉鎖		O.B
眼	貧血・眼脂・結膜炎	O.B		
鼻	鼻汁・鼻閉・ただれ	O.B		
耳	耳垢・耳漏・遅しん	O.B		
口腔咽喉頭	歯牙/歯齦異常 アフター・地図状舌 チアノーゼ 扁桃肥大 I・II・III	O.B		
頭部	リンパ腺腫脹	O.B		
皮膚	貧血・浮腫・発しん 出血斑・チアノーゼ	O.B		
胸部	形状	鳩・扁平・細長・ロート ハリソン溝・念珠		O.B
	心	心雑音		O.B
	呼吸器	ラ音・喘鳴		O.B
腹部	緊張・鼓張・腸索 腫脹	O.B		身長 _____ cm
脊柱	円背・側彎	O.B		体重 _____ kg
四肢	O脚・X脚・内反足 外反足 関節及び筋異常 運動障害・跛行	O.B		胸囲 _____ cm
開閉制限	あり	O.B	頭圍 _____ cm	
肛門外陰部	ヘルニア・陰のう水腫 停留嚢丸 肛門びらんじ裂	O.B	カウプ指数	
その他		O.B		
入園の適否		適・否		
嘱託医印				

(5) 嘱託医印があるか確認してください。(R4.8)

年 月 施設長意見書

児童名: _____

児童の生年月日: 年 月 日

施設名: _____

施設長名: _____

① 施設長から見た現在(入所前健診時等)の児童の状況・親の状況

② 交流保育、園庭開放への児童の参加の有無と児童の様子
・ 参加の有無(有・無)
・ 参加している場合の児童の様子

③ 療育センターとの連絡の有無および内容
・ 連絡の有無(有・無)
・ 有る場合の内容

④ 施設から保護者への健康面、保育面についての指導の有無及び内容
・ 指導の有無(有・無)
・ 有る場合の内容

⑤ その他

(6) 施設長が記入して下さい。

(R4.8)

主治医意見書を記入していただく際に
主治医へ一緒にお渡しください。

年 月 日

主治医 様

川崎市保育所入所児童等健康管理委員会委員長

主治医意見書の記載についてお願い

拝啓 時下ますます御清栄のこととお慶び申し上げます。

日ごろ、保育園児の健康管理につきましては、御理解と御協力を賜り深く
感謝しております。さて、本市におきましては、保育園児の健康管理の一環
として、児童の保育について先生方の御高見をふまえ、適切な処遇を講ずるよ
う努めております。

つきましては、御繁忙の折、誠に恐縮に存じますが先生にお世話になっ
ております()の病状について、別紙主治医意見書に御記載
くださいますようお願い申し上げます。

敬 具

2/2

(川崎病用)

3. 登園可能になった状況と検査結果

(超音波診断心エコー検査、アンギオグラフ、心電図、レントゲン検査)

1/2

(川崎病用)

施設名

主 治 医 意 見 書

年 月 日

所在地

医療機関名

電 話

医 師

住所 川崎市 区

児童名

年 月 日

男・女

() 歳

病名

1. 現症(MCLS)発病よりの経過

2. 既往歴

(4)

入園前健康診断記録表

児童名		所見
生年月日		・ ・ 生
健診年月日		・ ・
体格	大・中・小	O.B
栄養	やせ・肥満	O.B
成長記録	遅延	O.B
顔色	蒼白・異常 顔色・黄疸	O.B
顔貌		O.B
頭部	頭型	非対称・尖頭 O.B
	頭蓋骨	あり O.B
	大泉門	閉鎖 O.B
眼	貧血・眼脂・結膜炎	O.B
鼻	鼻汁・鼻閉・ただれ	O.B
耳	耳垢・耳漏・遅しん	O.B
口腔咽喉頭	歯牙/歯齦異常 アフター・地図状舌 チアノーゼ 扁桃肥大 I・II・III	O.B
頸部	リンパ腺腫脹	O.B
皮膚	貧血・浮腫・発しん 出血斑・チアノーゼ	O.B
胸部	形状	鳩・扁平・細長・ロート O.B
	心	ハリソソ音・念珠 O.B
	呼吸器	ラ音・喘鳴 O.B
腹部	緊張・鼓張・腸索 腫脹	O.B
脊柱	円背・側彎	O.B
四肢	O脚・X脚・内反足 外反足 関節及び筋異常 運動障害・跛行	O.B
開排制限	あり	O.B
肛門外陰部	ヘルニア・陰のう水腫 停留嚢丸 肛門びらんじ裂	O.B
その他		O.B
入園の適否	適・否	
嘱託医印		

(5) 嘱託医印があるか確認してください。(R4.8)

施設長意見書

年 月

児童名:

児童の生年月日: 年 月 日

施設名:

施設長名:

① 施設長から見た現在(入所前健診時等)の児童の状況・親の状況

② 交流保育、園庭開放への児童の参加の有無と児童の様子

- 参加の有無(有・無)
- 参加している場合の児童の様子

③ 療育センターとの連絡の有無および内容

- 連絡の有無(有・無)
- 有る場合の内容

④ 施設から保護者への健康面、保育面についての指導の有無及び内容

- 指導の有無(有・無)
- 有る場合の内容

⑤ その他

(R4.8)

(6) 施設長が記入して下さい。

川崎市保育園 { 在園児健康診断 } の結果報告
 { 入園前健康診断 }
 いずれかに○

施設名 _____

ふりがな _____ 生年月日 _____ 年 月 日生

児童名 _____

健康診断の結果、本児童の入園については、次の理由により健康管理上問題があると思われます。

入園可否の審議
 健康診断の結果、本児童の入園については、次の理由により健康管理委員会での入園可否の審議が必要と思われます。

健康状態の報告
 健康診断の結果、入園する本児童について、次の理由により健康管理委員会へ健康状態を報告いたします。

理由 _____

*なお、診断内容については別添入園前健康診断記録表を参照してください。

年 月 日 嘱託医 印

* 健康記録表と入園前健康診断記録表を添付して保育・子育て推進部運営支援・人材育成担当に提出してください。(エピペン申請の場合は添付不要です。)

* 入園の可否に係る場合のみ、保育・子育て推進部運営支援・人材育成担当に連絡後、各区児童家庭課に提出します。

(R5.12)

(3) 園医(嘱託医)が記入して下さい。

年 月 施設長意見書

児童名: _____

児童の生年月日: _____ 年 月 日

施設名: _____

施設長名: _____

① 施設長から見た現在(入所前健診時等)の児童の状況・親の状況

② 交流保育、園庭開放への児童の参加の有無と児童の様子

- 参加の有無(有・無)
- 参加している場合の児童の様子

③ 療育センターとの連絡の有無および内容

- 連絡の有無(有・無)
- 有る場合の内容

④ 施設から保護者への健康面、保育面についての指導の有無及び内容

- 指導の有無(有・無)
- 有る場合の内容

⑤ その他

(R4.8)

(4) 施設長が記入して下さい。

主治医意見書にエピペン使用のタイミング等の緊急時の対応が記載されていない場合は、保護者に聞き取り、その内容ををこちらに記載してください。

また主治医から示されたエピペン使用ガイドの提出があった場合は、それも添付してください。

与薬開始(エピペン以外/アレルギー以外での食物除去)

- ※ 川崎市認可保育園から認可保育園への転園の場合は、申請書の再提出は不要ですが、こども未来局保育・子育て推進部運営支援・人材育成担当（200-2664）へ電話で転園したことをお知らせください。
- ※ 抗けいれん剤について次の3つの要件を全て満たす場合は、申請することはできません。
 - ア 両親ともにけいれん歴がないこと
 - イ 熱性けいれんを繰り返し再発していないこと
 - ウ 初めての発作が1歳児以上のとき
- ※ その他には、飲み薬や塗り薬だけでなく、乳糖不耐症での牛乳除去や代替ミルクの提供、薬の飲み合わせによって特定の食物の除去が必要な場合の申請、病気による特殊ミルクの提供も含まれます。

<提出書類>

原本は園で保管して下さい。

- (1) 与薬申請書（抗けいれん剤・エピペン・その他）
- (2) 主治医意見書（一般病用）

嘱託医（園医）に報告し
押印してください。

施設 嘱託医	健康管理委員会 副部会長	副部会長	部会長
-----------	-----------------	------	-----

印

与薬申請書（抗けいれん剤・エピペン・その他）

年 月 日

申請者名 施設名

児童名 男・女 年 月 日生

申請理由

該当するものに○をします。
その他の場合、薬の名前もその下に書き加えます。
乳糖不耐症や薬の飲み合わせでの特定の食物の除去が必要な場合もその他に○をして、内容は申請理由に具体的に書いてください。

熱性けいれんの家族歴の有無（抗けいれん剤の申請の時のみ記入して下さい。）

父	有・無	才頃
母	有・無	才頃
兄弟姉妹他	有・無	才頃
	有・無	才頃
	有・無	才頃

(1) 点線の枠内は保護者が記入して下さい。

主治医意見書を記入していただく際に
主治医へ一緒にお渡しください。

年 月 日

主治医 様

川崎市保育所入所児童等健康管理委員会委員長

主治医意見書の記載についてのお願い

拝啓 時下ますます御清栄のこととお慶び申し上げます。

日ごろ、保育園児の健康管理につきましては、御理解と御協力を賜り深く感謝しております。さて、本市におきましては、保育園児の健康管理の一環として、児童の保育について先生方の御高見をふまえ、適切な処遇を講ずるよう努めております。

つきましては、御繁忙の折、誠に恐縮に存じますが先生にお世話になっております（ ）の病状について、別紙主治医意見書に御記載くださいますようお願い申し上げます。

敬 具

1/2

(一般病用)

施設名

主治医意見書

年 月 日

所在地

医療機関名

電 話

医 師

住所 川崎市 区

児童名 年 月 日生

男・女 () 歳

病名

1. 現症発病よりの経過

2. 既往歴

(2) 点線の枠内は保護者が記入して下さい。

保育園で薬を使用するタイミング、薬の量等が主治医意見書で指示がされているか確認します。記載がない場合は、保護者に医師の指示を聞き取り、聞き取った内容を付箋に書き、張り付けてください。医師の指示が別紙になっている場合は内容がわかるようにコピーし、添付して下さい。

与薬解除 (エピペン・エピペン以外の薬・アレルギー以外での食物除去)

※ 卒園・転園の場合には解除の申請は必要ありません。

<提出書類>

原本は園で保管して下さい。

- (1) 与薬解除届 (抗けいれん剤・エピペン・その他)

該当するものに○をします。
 その他の場合、薬の名前もその下書き加えます。
 乳糖不耐症や薬の飲み合わせでの特定の食物の除去が必要な場合もその他に○をして、内容は申請理由に具体的に書いてください。

嘱託医(園医)に報告し
 押印してください。 → (印)

施設	健康管理委員会		
嘱託医	副委員長	副委員長	委員長

与薬解除届 (抗けいれん剤・エピペン・その他)

(申請者)

施設名 _____

保護者氏名 _____

児童名 _____ (男・女) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

解除理由 _____

点線の枠内を保護者が
 記入して下さい。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

指示医: _____ 医院・病院 _____ 先生

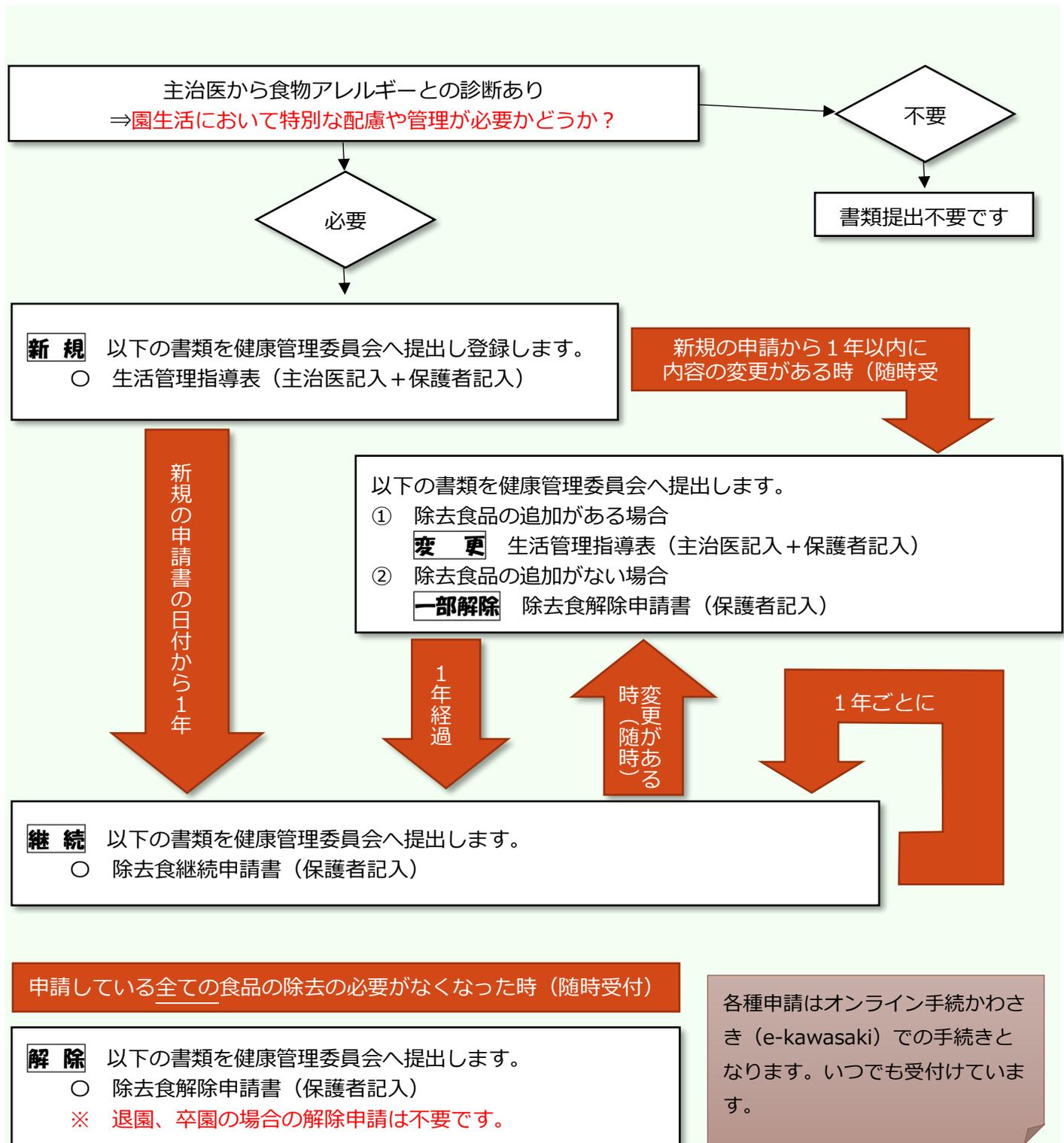
(1) (R4.8)

除去食申請 提出書類について

(川崎市保育施設における食物アレルギー対応マニュアル第4章に詳しく記載)

- ※ 川崎市内の認可保育園から認可保育園への転園の場合は、申請内容が引き継がれます。
- ※ 「乳糖不耐症」や、「薬との飲み合わせにより特定の食物の除去が必要」な場合は、「与薬申請」となります。
- ※ 除去食については保護者から申請のあった時点から除去食の提供を開始（または解除）して構いません。

除去食申請に関わる書類のフローチャート



除去食申請(新規)

<提出書類>

原本は園で保管して下さい。

(1) 生活管理指導表

はじめて健康管理委員会に申請(登録)する際に保護者へお渡しください。

保護者各位

食物アレルギーをもつお子さまの園での対応について

川崎市の保育園では、アレルギー疾患を有するお子さまに対して、そのお子さまの最善の利益を考え、医学的、教育的、福祉的な観点から十分な配慮を行った上で、除去食などのアレルギー対応を行っております。

食物アレルギーのあるお子さまが、入園後も園で食物アレルギー対応を希望される場合は、食物アレルギー対応の申請を、川崎市保育所入所児童等健康管理委員会(以下、「健康管理委員会」)に行ってください。その際には、アレルギー疾患生活管理指導表を主治医またはかかりつけ医に作成していただき、申請書と合わせてご提出をお願いしております。

健康管理委員会では、提出していただいた生活管理指導表をもとに慎重に審査させていただきます。アレルギー対応の必要性があり、かつ職員および園で対応できると判断した場合には、保育園での食物アレルギー対応を行います。

除去する食品が多数である場合、または除去食品においてより厳しい除去が必要な場合など、園で対応が十分にできない場合には、お弁当、おやつ、飲み物の持参をお願いすることもあります。

また、食物アレルギー対応を実際に行う時、園でもできる限り注意をいたしますが、誤食(思わずお友達のお菓子を食べてしまうなど)等の思いがけない事態が生ずる恐れもあります。そのため園では緊急の場合にはすぐに保護者に連絡を取りますが、園の判断で救急車の要請や医療施設への搬送を行うことがありますことをご了承ください。

なお、健康管理委員会での審査の結果、誤食によるショック等の危険性が高く、集団生活が困難と判断した場合は、園児の生命を第一に考え、入園を保留とする意見を保育園の入所決定を行う保健福祉センターに報告することもございますので、あらかじめご了承ください。

川崎市保育所入所児童等健康管理委員会委員長

川崎市保育所入所児童等健康管理委員会

保育園での園児の健康管理に万全を期すため、医師・保育園関係者・行政職員等で組織された、川崎市が設置する委員会。疾病・障害等により保育園での受入れに疑義ある場合や、アレルギー対応の必要性等を審議する。

(R6.5)

主治医意見書を記載いただく際に、主治医にお渡しください。

主治医・かかりつけ医 殿

平素より川崎市保育園活動にご協力いただき誠にありがとうございます。

従来川崎市の保育園では、食物アレルギーをもつ子どもに、食物の除去を始めたアレルギー対応をおこなう事を保護者が希望される場合には、主治医の先生から意見書をいただき、それを基に川崎市保育所入所児童等健康管理委員会で検討の上、対応を決定してまいりました。

また川崎市では、子どもの健全な発育発達には安全な食物除去は問題があると考え、個々の食物アレルギーの状態に合わせて、可能な場合には段階的除去を行ってまいりました。

しかし本年度より安全性をより高める目的で、厚労省の「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」に準じた対応を行うため、食物アレルギー対応において、完全除去対応を取り入れることとなりました。これは食物アレルギー対応の複雑さを軽減する事で事故を未然に防止し、食物アレルギーによる症状から子どもを守るためでありますので、主治医・かかりつけ医の先生方にもご理解、ご協力をいただきますようお願い申し上げます。

従来の「除去食申請に対する主治医意見書」に代わりまして、新たに「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表」をご記入いただく事となりますので、今後は全て新しい書式の「アレルギー疾患生活管理指導表」にご記載いただけますようお願い致します。

なお食物アレルギーの診断が不確かな場合には、ぜひ川崎市内のアレルギー専門医療機関(*)へご紹介をお願い致します。

以上ご賛同の上、何卒ご協力の程宜しくお願い申し上げます。

(*) 参考資料 食物経口負荷試験 実施施設一覧(食物アレルギー研究会 HPより)
<https://www.foodallergy.jp/office/kanagawa/2022/>

アレルギー疾患の専門的診療を行う医療機関(神奈川県 HPより)
<https://www.pref.kanagawa.jp/documents/4189/kawasaki.pdf>

川崎市保育所入所児童等健康管理委員会委員長

川崎市保育所入所児童等健康管理委員会

保育園での園児の健康管理に万全を期すため、医師・保育園関係者・行政職員等で組織された、川崎市が設置する委員会。疾病・障害等により保育園での受入れに疑義ある場合や、アレルギー対応の必要性等を審議する。

(R6.5)

(川崎市)※「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」(2019年改訂版)より引用 一部改変

保護者記入欄 →

★保護者
電話:

緊急連絡先
★連絡医療機関
医療機関名:
電話:

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。

	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 シ ー ズ の ア リ シ ム 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・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 ビーナッツ 6 大豆 7 ゴマ 8 ナッツ類* (すべて・クルミ・カシュー・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* ()	C. 除去食品においてより厳しい除去が必要なものが 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 原本欄に○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。	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)	記載日
	D. 食物・食材を扱う活動について 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()		

記入漏れがないか、確認してから提出して下さい。

右上の緊急連絡先・下部の保護者の署名は必須です。

● 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 _____

(1)

除去食申請(変更)

<提出書類>

原本は園で保管して下さい。

(1) 生活管理指導表

※ 食品の追加がない場合は、除去食申請（一部解除）の手続きとなります。

主治医意見書を記載いただく際に、主治医にお渡しください。

主治医・かかりつけ医 殿

平素より川崎市保育園活動にご協力いただき誠にありがとうございます。
従来川崎市の保育園では、食物アレルギーをもつ子どもに、食物の除去を始めとしたアレルギー対応をおこなう事を保護者が希望される場合には、主治医の先生から意見書をいただき、それを基に川崎市保育所入所児童等健康管理委員会にて検討の上、対応を決定してまいりました。

また川崎市では、子どもの健全な発達には安易な食物除去は問題があると考え、個々の食物アレルギーの状態に合わせて、可能な場合には段階的除去を行ってまいりました。

しかし本年度より安全性をより高める目的で、厚労省の「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」に準じた対応を行うため、食物アレルギー対応において、完全除去対応を取り入れることとなりました。これは食物アレルギー対応の煩雑さを軽減する事で事故を未然に防止し、食物アレルギーによる症状から子どもを守るためであり、主治医・かかりつけ医の先生方にもご理解、ご協力をいただきますようお願い申し上げます。

従来の「除去食申請に対する主治医意見書」に代わりまして、新たに「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表」をご記入いただく事となりますので、今後は全て新しい書式の「アレルギー疾患生活管理指導表」にご記載いただけますようお願い致します。

なお食物アレルギーの診断が不確かな場合には、ぜひ川崎市内のアレルギー専門医療機関(*)へのご紹介をお願い致します。

以上ご賞察の上、何卒ご協力の程宜しくお願い申し上げます。

(*) 参考資料 食物経口負荷試験 実施施設一覧 (食物アレルギー研究会 HPより)
<https://www.foodallergy.jp/ofs/kantou2022/>

アレルギー疾患の専門的診療を行う医療機関 (神奈川県 HPより)
<https://www.pref.kanagawa.jp/documents/4189/kawasaki.pdf>

川崎市保育所入所児童等健康管理委員会委員長

川崎市保育所入所児童等健康管理委員会

保育園での園児の健康管理に万全を期すため、医師・保育園関係者・行政職員等で組織された、川崎市が設置する委員会。疾病・障害等により保育園での受入れに困難ある場合や、アレルギー対応の必要性等を審議する。

(R6.5)

(川崎市) ※「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」(2019年改訂版)より引用 一部改変

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)

保護者記入欄

★保護者
電話:
★連絡医療機関
医療機関名:
電話:

名前 男・女 年 月 日生 (歳 か月) 組

提出日 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子どもに限って、医師が作成するものです。

▼ 食 ア レ キ シ ー (あ り な し)	病型・治療		保育所での生活上の留意点		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名
	A. 食物アレルギー病型	B. アナフィラキシー病型	A. 給食・離乳食	B. アレルギー用調製粉乳	
	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)	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)	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)	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・ベプディエット エレメンタルフォーミュラ・その他 ()	
	C. 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつく内に除去根拠を記載		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。	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)	
	1 鶏卵 2 牛乳・乳製品 3 小麦 4 ソバ 5 ビーナッツ 6 大豆 7 ゴマ 8 ナッツ類* (すべて・クルミ・カシュー・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 薬物類* (キウイ・バナナ) 15 その他*	該当するもの全てを枠内に番号を記載 ① 明らかな症状の既往 ② 食物負荷試験陽性 ③ IgE抗体検査結果陽性 ④ 未採取	D. 食物・食材を扱う活動について 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 ()		

● 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、本表に記載されて内容を保育・教育施設の職員

変更するものだけでなく、現在の除去食品が全て記入されているか確認してください。

右上の緊急連絡先・下部の保護者の署名は必須です。

(1)

保護者氏名

除去食申請(継続)

<提出書類>

原本は園で保管して下さい。

(1) 除去食継続申請書 (保護者記入)

※ 継続は、以前に提出した生活管理指導表の除去食品に変更がなく、対応を継続する場合の申請です。

※ 生活管理指導表の提出は必要ありません。

除去食継続申請書	
健康管理委員会殿	申請日 令和 年 月 日
	(申請者)
	施設名
	保護者氏名
ふりがな 児童名	生年月日 (男・女) 平成 年 月 日 令和
指示を頂いている医療機関名： 先生のお名前： 先生	
本児において、主治医意見書、もしくは生活管理指導表にて除去を行っている (食品名：) に関して、医師の指導のもと、除去食の継続を申請します。	
(保護者記入用 R6.5)	

(1) 保護者が記入します

記載内容に不備・不足がないか必ず確認してください。

生活管理指導表と同じ食品名で記載してください。

【○】 鶏卵
【×】 生たまご

除去食申請(一部解除)

<提出書類>

原本は園で保管して下さい。

(1) 除去食解除申請書 (保護者記入)

※ 解除する食品の他に、追加する食品がある場合は、除去食申請(変更)の手続きとなります。

除去食解除申請書	
健康管理委員会殿	申請日 令和 年 月 日 (申請者) 施設名 保護者氏名
よりがな 児童名	生年月日 (男・女) 平成 年 月 日 令和
指示を頂いている医療機関名： 先生のお名前：	先生
本児において、主治医意見書、もしくは生活管理指導表にて除去を行っている (解除する食品名：)) に関して、医師の指導のもと、複数回の摂食を行い症状の誘発が見られなかったため、 園における除去食を解除してください。	
なお、(継続する食品名：)) に関しては、医師の指導のもと、除去食の継続を申請します。	

(保護者記入用 R6.5)

(1) 保護者が記入します

記載内容に不備・不足がないか必ず確認してください。

生活管理指導表と同じ食品名で記載してください。

【○】 鶏卵
【×】 生たまご

除去食申請(解除)

<提出書類>

原本は園で保管して下さい。

(1) 除去食解除申請書 (保護者記入)

※ 解除する食品の他に、追加する食品がある場合は、除去食申請(変更)の手続きとなります。

※ 解除する食品の他に、継続する食品がある場合は、除去食申請(一部解除)の手続きとなります。

※ 転園や卒園の場合には、解除申請は必要ありません。

除去食解除申請書	
健康管理委員会殿	申請日 令和 年 月 日 (申請者) 施設名 保護者氏名
よりがな 児童名	生年月日 (男・女) 平成 年 月 日 令和
指示を頂いている医療機関名： 先生のお名前： 先生	
本児において、主治医意見書、もしくは生活管理指導表にて除去を行っている (解除する食品名： []) に関して、医師の指導のもと、複数回の摂食を行い症状の誘発が見られなかったため、 園における除去食を解除してください。	
なお、(継続する食品名： []) に関しては、医師の指導のもと、除去食の継続を申請します。	

(保護者記入用 R6.5)

記載内容に不備・不足がないか必ず確認してください。
(継続する食品名は記入不要です)

生活管理指導表と同じ食品名で記載してください。

【○】 鶏卵
【×】 生たまご