

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 2025年 4月 2日

名前 ○○ ○○ 男・女 2023年 1月1日 生 (2歳 3か月) ひまわり 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。

★保護者
電話: 090-0000-0000

★連絡医療機関
医療機関名: ○○クリニック
電話: 044-000-0000

緊急連絡先は保護者が記入する。

記載日 2025年 4月 1日

医師名

○○ ○○

医療機関名

○○ クリニック

電話

044-000-0000

| 病型・治療 | | 保育所での生活上の留意点 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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) 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) |
| 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() |
| C. 原因食品・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ枠内に除去根拠の番号を記載 | | 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あります。 |
| D. 緊急時に備えた処方箋 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) |
| | | 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。 |
| | | 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() |

保育所での与薬が必要な場合は、与薬のタイミング等の指示が記載された「主治医意見書(様式あり)」が必要となる。

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 ○○ ○○