

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・気管支ぜん息)

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

★保護者
電話：
★連絡医療機関
医療機関名：
電話：

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 (新生児・乳児消化管アレルギー・口唇アレルギー-症候群・ 3. その他 (食物依存性運動誘発アナフィラキシー・その他))		A. 給食・雑乳食 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)		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
B. アナフィラキシー病型 1. 食物 (原因： 昆虫・動物のフケや毛) 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・)		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 ミルクHP・ニューMA-1・MA-mi・ベビディエイト・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. ピーナッツ () 6. 大豆 () 7. コメ () 8. ナッツ類* () 9. 甲殻類* () 10. 軟体類・貝類* () 11. 魚卵* () 12. 魚類* () 13. 肉類* () 14. 果物類* () 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 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○をつける ※本欄に○がついた場合、該当する食品を使用し、加工品については、給食対応が困難となる場合があります。 1. 鶏卵： 卵黄カルシウム 2. 牛乳・乳製品： 乳糖 3. 小麦： 澱粉・酢・麦茶 6. 大豆： 大豆油・醤油・味噌 7. コメ： 米油 12. 魚類： かつおだし・いりだし 13. 肉類： エキス		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)	
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()		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 ()		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
病型・治療 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 吸入形： 投与量(日)： 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 3. DSGG吸入薬 4. ベータ2刺激薬(内服・貼付薬) 5. その他()		保育所での生活上の留意点 A. 寝具に関して 1. 管理不要 2. 防ダニシート等の使用 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 ()		医師名 _____	
気管支ぜん息 (あり・なし)		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。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定)		医療機関名 _____	

● 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所の職員及び消防機関・医療機関等と共有することに同意しますか。
 . 同意する
 . 同意しない
 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 (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)

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

アトピー性皮膚炎 (あり・なし)		アレルギー性結膜炎 (あり・なし)		アレルギー性鼻炎 (あり・なし)	
病型・治療		病型・治療		病型・治療	
A. 重症度のめやす(厚生労働科学研究班) 1. 軽症: 面顔に問わず、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. 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. 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)	
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. 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. 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. 皮下免疫療法 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		主な症状の時期: 春 夏 秋 冬	
C. 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要(管理内容: _____) 3. 夏季シャワー浴(施設で可能な場合)		A. ツール指導 1. 管理不要 2. 管理必要(管理内容: _____) 3. ツールへの入水不可		A. 屋外活動 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。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定)		C. 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)		保育所での生活上の留意点	
医師名 _____ 医療機関名 _____ 電話 _____		医師名 _____ 医療機関名 _____ 電話 _____		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	

● 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所の職員及び消防機関・医療機関等と共有することに同意しますか。

同意する
 同意しない

保護者氏名 _____