

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・アレルギー性鼻炎)

提出日

____年__月__日

名前 _____ 男・女 _____ 年__月__日生(____歳__ヶ月) _____ 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場合に限り作成するものです。

病型・治療		保育所での生活上の留意点		【緊急連絡先】 ★保護者 電話: ★連絡医療機関 医療機関名: 電話:
<p>食物アレルギー(あり・なし)</p> <p>アナフィラキシー(あり・なし)</p> <p>アレルギー性鼻炎(あり・なし)</p>		<p>A. 給食・離乳食</p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 保護者と相談し決定</p> <p>B. アレルギー用調整粉乳</p> <p>1. 不要</p> <p>2. 必要 下記該当シテに○、又は()内に記入 シラフイー・ニューMA-I・MA-mi・ベラチンエクト エレメンタルフォーミュラ</p> <p>その他()</p> <p>C. 食物・食材を扱う活動</p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 保護者と相談し決定</p> <p>D. 除去食品で摂取不可能なものに○</p> <p>病型・治療の○で除去の際に摂取不可能なものに○</p> <p>E. その他の配慮・管理事項</p>		
<p>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)</p> <p>1. 即時型</p> <p>2. 遅延型</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>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・))</p> <p>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</p> <p>1. 鶏卵 《 》</p> <p>2. 牛乳・乳製品 《 》</p> <p>3. 小麦 《 》</p> <p>4. ソバ 《 》</p> <p>5. ビーナッツ 《 》</p> <p>6. 大豆 《 》</p> <p>7. ゴマ 《 》</p> <p>8. ナッツ類* 《 》</p> <p>9. 甲殻類* 《 》</p> <p>10. 軟体類・貝類* 《 》</p> <p>11. 魚卵 《 》</p> <p>12. 魚類* 《 》</p> <p>13. 肉類* 《 》</p> <p>14. 果物類* 《 》</p> <p>15. その他 ()</p> <p>【*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】</p> <p>D. 緊急時に備えた処方薬</p> <p>1. 内服薬 (抗ヒスタミン薬、ステロイド薬)</p> <p>2. アドレナリン自己注射薬【エピペン®0.15mg】</p> <p>3. その他()</p>		<p>A. 給食・離乳食</p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 保護者と相談し決定</p> <p>B. アレルギー用調整粉乳</p> <p>1. 不要</p> <p>2. 必要 下記該当シテに○、又は()内に記入 シラフイー・ニューMA-I・MA-mi・ベラチンエクト エレメンタルフォーミュラ</p> <p>その他()</p> <p>C. 食物・食材を扱う活動</p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 保護者と相談し決定</p> <p>D. 除去食品で摂取不可能なものに○</p> <p>病型・治療の○で除去の際に摂取不可能なものに○</p> <p>E. その他の配慮・管理事項</p>		<p>記載日 _____ 年 ____ 月 ____ 日</p> <p>医師名 _____</p> <p>医療機関名 _____</p>
<p>病型・治療</p> <p>A. 病型</p> <p>1. 慢性アレルギー性鼻炎</p> <p>2. 季節性アレルギー性鼻炎</p> <p>主な症状の時期: 春、夏、秋、冬</p> <p>B. 治療</p> <p>1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬(内服)</p> <p>2. 鼻噴霧用ステロイド薬</p> <p>3. その他</p>		<p>保育所での生活上の留意点</p> <p>A. 屋外活動</p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 保護者と相談し決定</p> <p>B. その他の配慮・管理事項(自由記載)</p>		<p>記載日 _____ 年 ____ 月 ____ 日</p> <p>医師名 _____</p> <p>医療機関名 _____</p>

保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表(気管支喘息・アトピー性皮膚炎・アレルギー性結膜炎) 提出日 年 月 日

名前 男・女 年 月 日生 (歳 ヶ月) 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場合に限り作成するものです。

病型・治療		保育所での生活上の留意点	
気管支喘息 (あり・なし) A. 重症度分類(治療内容を考慮した) 1. 問欠型 2. 軽症持続型 3. 中等症持続型 4. 重症持続型 B. 長期管理薬 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. 急性発作時の対応(自由記載)		保育所での生活上の留意点 A. 寝具に関する留意点 1. とくになし(通常管理のみ) 2. 防ダニシート等の使用 3. 保護者と相談 B. 食物に関する留意点 1. とくになし 2. 食物アレルギー管理指導表参照 C. 動物との接触 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物への反応が強いため不可動物名() D. 外遊び、運動に対する配慮 1. とくになし 2. 保護者と相談し決定	
アトピー性皮膚炎 (あり・なし) A. 重症度のみやす(厚生労働科学研究班) 1. 軽症: 面積に関わらず、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。 ※強い炎症を伴う皮疹: 紅斑、乾燥、落屑、滲出、苔癬化などを伴う病変 B-1. 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() C. 食物アレルギーの合併 1. あり 2. なし		保育所での生活上の留意点 A. プール・水遊び及び長時間の紫外線下の活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. 動物との接触 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可動物名() C. 発汗後 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 夏季シャワー浴(施設で可能な場合) D. その他の配慮・管理事項(自由記載)	
アレルギー性結膜炎 (あり・なし) 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() 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()		保育所での生活上の留意点 A. プール指導 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. プールへの入水不可 B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 C. その他の配慮・管理事項(自由記載)	

★保護者
電話:
★連絡医療機関
医療機関名:
★連絡医療機関
医療機関名:
★保護者
電話:

記載日 年 月 日
医師名
医療機関名
記載日 年 月 日
医師名
医療機関名
記載日 年 月 日
医師名
医療機関名