

表 保育施設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)

回目

提出日 年 月 日

ふりがな
名前 男・女 年 月 日生(歳 ヶ月) 組

※この生活管理指導表は、保育施設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医師が作成するものです。

【医師の皆様へ】

管理等が必要な疾患に☑をし、あてはまる項目に○や記載等をお願いします。食物アレルギーは、見直し時期にも☑をしてください。

施設長	保育担当	給食担当

病型・治療		保育施設での生活上の留意点		【緊急時連絡先】	★保護者		
㉠ 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) 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(新生児乳児消化器症状、食物依存性運動誘発アナフィラキシー、口腔アレルギー症候群、その他:)		㉠ 牛乳アレルギーの場合 アレルギー用調製粉乳 1. 不要 2. 必要(品名:)			★連絡医療機関 医療機関名: 電話:		
㉡ 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) 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、昆虫・動物のふけや毛、ラテックス、その他:)		㉡ 食物・食材を扱う活動 1. 管理不要 2. 原因食品での調理時等の制限 3. その他()			電話:		
㉢ 保育施設で除去が必要な原因食品		㉢ 部分除去が可能な場合の除去の程度(施設によって完全除去となる場合有)原則、完全除去とするが部分除去が可能な場合に限り、摂取可能な範囲に☑					
【除去根拠】 ①明らかな症状の既往 ②食物負荷試験陽性 ③IgE抗体等検査結果陽性 ④未摂取							
除去する食品に○および()に記入		より厳しい除去が必要なものに○	同じ製造ラインや調理器具の共用不可の場合に○	該当する除去根拠の番号を記入			
1. 鶏卵 2. 牛乳・乳製品 (⇒保育施設での生活上の留意点㉠にも記載) 3. 小麦(大麦については、13[その他]、または右欄㉠に記載) 4. ソバ 5. ピーナッツ 6. 大豆 7. ゴマ 8. [甲殻類] すべて・エビ・カニ・() 9. [木の実類] すべて・クルミ・カシューナッツ・アーモンド・() 10. [果実類] キウイ・バナナ・オレンジ・もも・りんご・() 11. [魚類] すべて・サバ・サケ・() 12. [肉類] 鶏肉・牛肉・豚肉・() 13. [その他] ()		卵殻カルシウム 乳糖 醤油・酢・味噌 大豆油・醤油・味噌 ゴマ油			鶏卵 <input type="checkbox"/> 加熱した卵を少量含む食品まで(練り製品・ハム・パン・中華麺等) <input type="checkbox"/> 加熱した卵を多く含む食品まで(ケーキ・カステラ・クッキー・菓子パン・ドーナツ・揚げ物の衣・ハンバーグのつなぎ等) <input type="checkbox"/> 生卵のみ不可⇒ <input type="checkbox"/> 給食では使用しないため管理不要 <input type="checkbox"/> その他()	牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 少量含む食品まで(食パン・ビスケット・クッキー・調理にバターを使用した食品等) <input type="checkbox"/> 牛乳や乳製品を多く含む食品まで(プリン・クリームシチュー・ホワイトソース・ピザ・ケーキ・菓子パン・チョコレート・カステラ等) <input type="checkbox"/> 飲用牛乳のみ不可 <input type="checkbox"/> その他()	※除去の程度の目安:完全除去⇒部分除去(少量まで)⇒部分除去(多量まで)⇒解除(鶏卵の場合は卵料理やマヨネーズ等が、牛乳・乳製品は牛乳やチーズ、ヨーグルト等が可となる)
㉣ 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®0.15mg」 3. その他()		見直し時期 次回見直し時期に☑ <input type="checkbox"/> 3か月後 <input type="checkbox"/> 6か月後 <input type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 不調時 <input type="checkbox"/> その他()		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名			

【施設の皆様へ】

生活管理指導表が提出された場合は、香川県小児科医会作成の「アレルギー緊急時対応マニュアル」の「個別対応シート」、「症状チェックシート」を作成し、有症時にはそれらに沿って対応してください。

保育施設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・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎)

ふりがな
名前 _____ 男・女 _____ 年 _____ 月 _____ 日生(_____ 歳 _____ ヶ月) _____ 組

※この生活管理指導表は、保育施設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医師が作成するものです。

【医師の皆様へ】

管理等が必要な疾患に☑をし、あてはまる項目に○や記載をお願いします。

病型・治療		保育施設での生活上の留意点		記載日	
☐ 気管支喘息	㉠ 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良	㉢ 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()	㉠ 寝具に関する留意点 1. 管理不要 2. 防ダニシーツ等の使用 3. その他()	年 月 日 医師名 医療機関名	
	㉡ 長期管理薬 1. ステロイド吸入薬 2. ステロイド吸入薬/長期間作用性吸入ベータ刺激薬配合剤 3. ロイコトリエン受容体拮抗薬 4. DSCG吸入薬 5. ベータ刺激薬(内服・貼付薬) 6. その他()	㉣ 急性発作時の対応(自由記載)	㉡ 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		
☐ アトピー性皮膚炎	病型・治療		保育施設での生活上の留意点		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名
	㉠ 症状のコントロール状態 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。 ※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	㉡-1 常用する外用薬 1. ステロイド軟膏 2. タコロリムス軟膏 3. コレクチム軟膏・モイゼルト軟膏	㉡-2 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他()	㉠ プール・水遊び及び長時間の紫外線下での活動 1. 管理不要 2. 管理必要()	
☐ アレルギー性結膜炎	病型・治療		保育施設での生活上の留意点		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名
	㉠ 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. アトピー性結膜炎 5. その他()	㉡ 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()	㉠ プール指導 1. 管理不要 2. 管理必要() 3. プールへの入水不可	㉢ 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要()	
☐ アレルギー性鼻炎	病型・治療		保育施設での生活上の留意点		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名
	㉠ 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) 主な症状の時期: 春・夏・秋・冬	㉡ 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. 舌下免疫療法 4. その他	㉠ 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要()	㉢ その他の配慮・管理事項	

【保護者サイン】

①施設における日常の取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職員及び医療機関等と共有することに同意します。

②アドレナリン自己注射薬「エピペン®0.15mg」が処方されている場合、その所持について、消防署へ情報提供することに同意します。

【保護者氏名

】