

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)

提出日 年 月 日

名前 男・女 年 月 日生(歳 ヶ月) 組

施設長	保育担当	給食担当

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限って作成するものです。

	病型・治療		保育施設での生活上の留意点		緊急時連絡先
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. 間欠型 2. 軽症持続型 3. 中等症持続型 4. 重症持続型		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		★保護者 電話: ★連絡医療機関 医療機関名: 電話:
	B. 長期管理薬 1. ステロイド吸入薬 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()		D. 急性発作時の対応(自由記載)		
アトピー性皮膚炎 (あり・なし)	A. 重症度のめやす(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。 ※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. 寝具に関する留意点 1. とくになし(通常管理のみ) 2. 防ダニシーツ等の使用 3. 保護者との相談		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名
	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 3. 保湿剤 4. その他()		B. 食物アレルギーの合併 1. あり 2. なし		
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)	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 主な症状の時期: 春・夏・秋・冬		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. その他		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名
	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. その他		A. 屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定		
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()		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名
	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()		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		

【保護者様へ】

- 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全員で共有することに同意されますか。 同意する ・ 同意しない
- 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されますか。 同意する ・ 同意しない

保護者署名

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)

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限り作成するものです。

病型・治療		保育施設での生活上の留意点		緊急時連絡先
食物アレルギー アナフィラキシー (あり・なし)	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) 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・その他: _____)	A. 給食・離乳食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	★保護者 電話: _____ ★連絡医療機関 医療機関名: _____ 電話: _____	
	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) 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・その他: _____)	B. 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 (具体的に _____)		
	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 《 》 ⇒「保育施設での生活上の留意点:BIにも記載 3. 小麦 《 》 4. ソバ 《 》 5. ピーナッツ 《 》 6. 大豆 《 》 7. ゴマ 《 》 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. 食物・食材を扱う活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定		
	※1~7の《 》内に「除去根拠」(下記の該当する番号全て)を記入してください 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	D. 除去食品で摂取不可能なもの 病型・治療のCで除去の際に摂取不可能なものに○ 1. 鶏卵 ⇒卵殻カルシウム 2. 牛乳・乳製品 ⇒乳糖 3. 小麦 ⇒醤油・酢・麦茶 6. 大豆 ⇒大豆油・醤油・味噌 7. ゴマ ⇒ゴマ油 12. 魚類 ⇒かつおだし・いりこだし 13. 肉類 ⇒エキス		
	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®0.15mg」 3. その他(_____)	E. その他の配慮・管理事項		見直し時期 (食物アレルギーに関して、次回受診する時期に○) ・ 3か月後 ・ 6か月後 ・ 1年後 ・ 不調時 ・ その他(_____)

【施設のご担当者様へ】

緊急時に備えた薬が処方されている場合は、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」に薬名を記入しておき、有症時にはそれらに沿って対応してください。

御不明な点は保護者、主治医に確認してください。

【保護者様へ】

エピペン®が処方されている場合は、表面【保護者様へ】②の消防署への情報提供について、○印をお願いします。