

<保護者記入> 保育所等 生活管理指導表 (アレルギー疾患用)

おもて

園名: \_\_\_\_\_ 氏名: \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 年 月 日生 \_\_\_\_\_ 歳 か月 \_\_\_\_\_ 提出日: \_\_\_\_\_

緊急連絡先  
 ☆保護者 電話: \_\_\_\_\_  
 ☆連絡医療機関 医療機関名: \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_

<医師記入> 依頼欄□にチェックのある項目の記載をお願いいたします。

※園での生活上の留意点 特記事項の記載について: 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してください。対応内容は園が保護者と相談のうえ決定します。

依頼□	病型・治療	園での生活上の留意点	記載日:	
<p><b>アレルギー疾患 (あり・なし)</b></p> <p><b>食物アレルギー (あり・なし)</b></p> <p><b>アナフィラキシー (あり・なし)</b></p> <p><b>A. 食物アレルギー病型</b>                      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・口腔アレルギー・その他: 食物依存性運動誘発アナフィラキシー・その他: )</p> <p><b>B. アナフィラキシー病型</b>                      1. 食物 (Cの食品名を記載: )                      2. その他 (医薬品・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・ラックラスアレルギー・昆虫・動物のフケや毛)</p> <p><b>C. 原因食物・除去根拠</b> 該当する食物の番号に○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 《 》                      *類は、( ) 中の該当する項目に○印をするか、これら以外であれば具体的に記載</p> <p><b>D. 緊急時に備えた処方薬</b>                      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 ( )</p>	<p><b>病型・治療</b></p> <p>【除去根拠】                      該当するものを全てを《 》内に番号を記載                      ① 明らかでない症状の既往                      ② 食物負荷試験陽性                      ③ I gE抗体等検査結果陽性                      ④ 未採取</p> <p>(すべて・カシューナッツ・くるみ・アーモンド・ )                      (すべて・エビ・カニ・ )                      (すべて・イカ・タコ・アサリ・ホタテ・ )                      (すべて・いくら・たらこ・ )                      (すべて・さけ・さば・ )                      (牛肉・鶏肉・豚肉・ )                      (オレノジ・キウイ・バナナ・桃・りんご・ )                      (山芋・松茸・ゼラチン・ )                      ( )</p>	<p><b>A. 給食・離乳食</b>                      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欄及び下記のC、E欄を参照)</p> <p><b>B. アレルギー用調製粉乳</b>                      1. 不要                      2. 必要 (使用可能なミルク: )</p> <p><b>C. 食物・食料を扱う活動</b>                      1. 管理不要                      2. 原因食料を教材とする活動の制限 ( )                      3. 調理活動時の制限 ( )                      4. その他 ( )</p> <p><b>D. 除去食品においてより厳しい除去が必要なもの</b>                      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た料理については、給食対応が困難となる場合があります。                      卵殻カルシウム                      1. 鶏卵 乳糖                      2. 牛乳・乳製品 しょうゆ・酢・麦茶                      3. 小麦 しょうゆ・みそ・大豆油                      6. 大豆 しょうゆ・みそ・大豆油                      7. コメ だし(かつお・さば・煮干し)                      12. 魚類 エキス                      13. 肉類</p> <p><b>E. 特記事項</b> ※</p>	<p><b>園での生活上の留意点</b></p> <p><b>A. 屋外活動</b>                      1. 管理不要                      2. 管理必要 (管理内容: )</p> <p><b>B. 特記事項</b> ※</p>	<p>医師名: _____                      医療機関名: _____                      電話: _____</p>
<p><b>アレルギー疾患 (あり・なし)</b></p> <p><b>A. 病型</b>                      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) [原因: ] 主な症状の時期: 春・夏・秋・冬</p> <p><b>B. 治療</b>                      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 ( )</p>	<p><b>園での生活上の留意点</b></p> <p><b>A. 屋外活動</b>                      1. 管理不要                      2. 管理必要 (管理内容: )</p> <p><b>B. 特記事項</b> ※</p>	<p>医師名: _____                      医療機関名: _____                      電話: _____</p>		

●園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園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。  
 ●緊急搬送時は、搬送先選定を救急隊に委ねます。

保護者氏名 \_\_\_\_\_

<保護者記入>

保育所等 生活管理指導表 (アレルギー疾患用)

うら

園名:	氏名:	男・女	年 月 日生	歳 か月	提出日:

緊急連絡先	保護者 電話:
	☆連絡医療機関 医療機関名: 電話:

<医師記入>

依頼欄口にチェックのある項目の記載をお願いします。

※園での生活上の留意点 特記事項の記載について: 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してください。対応内容は園が保護者と相談のうえ決定します。

依頼□	病型・治療	園での生活上の留意点	記載日:
<p><b>気管支ぜん息</b> (あり・なし)</p> <p>A. 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良</p> <p>B. 長期管理薬 (短期追加治療薬を含む) 1. スチロイド吸入薬 投与量(白): 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 3. DSCG吸入薬 4. ベータ2刺激薬 (内服・貼付薬) 5. その他 ( )</p> <p>C. 急性増悪 (発作) 治療薬 1. ベータ2刺激薬吸入 2. ベータ2刺激薬内服 3. その他 ( )</p> <p>D. 急性増悪 (発作) 時の対応</p>	<p>A. 軽度: 面癩に関わらず、軽度の皮疹のみみられる 1. 軽度: 面癩に関わらず、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%以上、30%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30%以上にみられる 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</p> <p>B-1. 常用する外用薬 1. スチロイド軟膏 2. 軟弱軟膏 (「アトピーケア」) 3. 保湿剤 4. その他 ( )</p> <p>B-2. 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他 ( )</p> <p>C. 食物アレルギーの合併 1. あり 2. なし</p>	<p>A. ツール・水遊び及び長時間の紫外線下の活動 1. 管理不要 2. 管理必要 (管理内容: ) 3. 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 ( ) 4. その他 ( )</p> <p>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 ( ) 4. その他 ( )</p> <p>C. 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要 3. 夏季シャワー浴 (園で可能な場合)</p> <p>D. 特記事項 ※</p>	<p>医師名: (印)</p> <p>医療機関名: 電話: (印)</p>
<p><b>アトピー性皮膚炎</b> (あり・なし)</p> <p>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 ( )</p>	<p>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</p> <p>B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 (管理内容: )</p>	<p>C. 特記事項 ※</p>	<p>医師名: (印)</p> <p>医療機関名: 電話: (印)</p>
<p><b>アレルギー性結膜炎</b> (あり・なし)</p>	<p>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</p> <p>B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 (管理内容: )</p>	<p>C. 特記事項 ※</p>	<p>医師名: (印)</p> <p>医療機関名: 電話: (印)</p>

●園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園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。

●緊急搬送時は、搬送先選定を救急隊に委ねます。

保護者氏名