

様式1

(主治医)→(保育園)

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)

提出日 年 月 日

名前 男・女 平成 年 月 日生 (歳) 組

<p>1 病型・治療</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) 食物アレルギーの関与する乳児性アトピー性皮膚炎 即時型 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)</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) 食物 (原因) その他 (医薬品・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・ラテックラスアレルギー)</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 < > 内に診断根拠を記載</p> <table border="1"> <tr><td>1</td><td>鶏卵</td><td><</td><td>></td></tr> <tr><td>2</td><td>牛乳・乳製品</td><td><</td><td>></td></tr> <tr><td>3</td><td>小麦</td><td><</td><td>></td></tr> <tr><td>4</td><td>ソバ</td><td><</td><td>></td></tr> <tr><td>5</td><td>ピーナッツ</td><td><</td><td>></td></tr> <tr><td>6</td><td>大豆</td><td><</td><td>></td></tr> <tr><td>7</td><td>ゴマ</td><td><</td><td>></td></tr> <tr><td>8</td><td>ナッツ類</td><td>* <</td><td>></td></tr> <tr><td>9</td><td>甲殻類</td><td>* <</td><td>></td></tr> <tr><td>10</td><td>軟体類・貝類</td><td>* <</td><td>></td></tr> <tr><td>11</td><td>魚卵</td><td>* <</td><td>></td></tr> <tr><td>12</td><td>魚類</td><td>* <</td><td>></td></tr> <tr><td>13</td><td>肉類</td><td>* <</td><td>></td></tr> <tr><td>14</td><td>果物類</td><td>* <</td><td>></td></tr> <tr><td>15</td><td>その他</td><td>* <</td><td>></td></tr> </table> <p>*類は () の中に具体的に記載すること。</p>		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	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	* <	>	<p>2 保育所での生活上の留意点</p> <p>A 給食・離乳食 1 管理不要 2 保護者と相談し決定</p> <p>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 () に記入 ミルフィーニュ・MA-1・MA-1・MA-1・mi・ペプアディエット エレメンタルフォーミュラ その他 ()</p> <p>C 食物・食材を扱う活動 1 配慮不要 2 保護者と相談し決定</p> <p>D 宿泊を伴う園外活動 1 配慮不要 2 食事やイベントの際に配慮が必要</p> <p>E 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</p>	
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	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	* <	>																																																												
<p>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 ()</p>		<p>★保護者 (電話)</p> <p>★連絡医療機関 (医療機関名) (電話)</p> <p>除去期間および再評価の見直し 1 6ヶ月 2 12ヶ月</p> <p>記載日 年 月 日 医師名</p> <p>医療機関名</p>																																																													

食物アレルギー (あり・なし)
 アナフィラキシー (あり・なし)

食物アレルギー対応票

作成日 : 平成 年 月 日

平成	年度	年	組	(生年月日:	年	月	日)
児童氏名				(性別:)			
保護者氏名							

緊急連絡先

	氏名	続柄	電話番号	特記事項
1			自宅・職場・携帯	
2			自宅・職場・携帯	
3			自宅・職場・携帯	

主治医

医療機関名・診療課名	主治医名
電話番号	住所

原因食品と摂取後の症状

--

家庭での食事・外食・おやつについての除去方法

--

給食に希望する対応内容

--

園生活における留意点

--

食物アレルギー以外のアレルギーについて (治療状況)

--

緊急時の対応 (保育所近くの病院、診療所など)

--

アナフィラキシーショックの経験の有無

<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (回数: 回・最後の発症: 年 月・原因:)
※アナフィラキシー発症時は、必ず救急車を要請します。

園記入欄

--

保育所における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、記載された内容を全職員で共有することに同意します。 保護者署名