

保育所等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 年 月 日生(歳 ヶ月) 組

※この生活管理指導表は、保育所等の生活において特別な配慮や管理が必要となった子どもに限って、医師が作成するものです。

★保護者
電話:

★連絡医療機関
医療機関名:

電話:

| 病型・治療 | 保育所等での生活上の留意点 | 記載日 |
|---|--|-------|
| | | 年 月 日 |
| A. 食物アレルギー病型 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. 管理必要(管理内容については、病型・治療のC.欄及び下記C.欄及び下記C. E欄を参照) | 医師名 |
| B. アナフィラキシー病型 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・昆虫・動物のフケや毛) | 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()内に記入 ミルフィーHP・ニューMA-1・MA-mi・ペプディエット・エレメンタルフォーミュラ その他() | 医療機関名 |
| C. 原因食品・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 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. 除去食品においてより厳しい除去が必要なもの 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。 | 電話 |
| 「*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」 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 | D. 食物・食材を扱う活動 1. 管理不要 2. 原因食材を教材とする活動の制限() 3. 調理活動時の制限() 4. その他() | |

食物アレルギー(あり・なし) アナフィラキシー(あり・なし)

【除去根拠】
 該当するもの全てを()内に番号を記載
 ①明らか症状の既往
 ②食物負荷試験陽性
 ③IgE抗体等検査結果陽性
 ④未摂取

●保育所等における日常の取り組みおよ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保育所等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か。

- ・同意する
- ・同意しない

保護者氏名 _____