

こども園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・アレルギー性鼻炎)

提出日 平成 ____年 ____月 ____日

名前 _____ 性別 ____ 生年月日 _____ (____)歳 (____)ヶ月 _____組

この生活管理指導表は保育所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		こども園での生活上の留意点	★保護者 電話: ★連絡先医療機関 医療機関名: 電話: 記載日 医師名 印 医療機関名
食物アレルギー アナフィラキシー (あり)	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) <input type="checkbox"/> 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 即時型 <input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> 新生児消化器症状 <input type="checkbox"/> 口腔アレルギー症候群 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	A. 給食・離乳食 管理不要 B. アレルギー用調整粉乳 不要 必要場合は該当ミルクを下に記入 ()	
	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) <input type="checkbox"/> 食物 (原因: , , ,) <input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー <input type="checkbox"/> ラテックスアレルギー <input type="checkbox"/> その他 ()	C. 食物・食材を扱う活動 管理不要 D. 除去食品で摂取不可能なもの 病型・治療のCで除去の際摂取不可能なものに☑ <input type="checkbox"/> 卵殻カルシウム 鶏卵 <input type="checkbox"/> 乳糖 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 醤油 <input type="checkbox"/> 酢 <input type="checkbox"/> 麦茶 小麦 <input type="checkbox"/> 大豆油 <input type="checkbox"/> 醤油 <input type="checkbox"/> 味噌 大豆 <input type="checkbox"/> ゴマ油 <input type="checkbox"/> ゴマ <input type="checkbox"/> かつおだし <input type="checkbox"/> しいたけ ゴマ <input type="checkbox"/> 魚類 <input type="checkbox"/> 肉類 <input type="checkbox"/> エキス	
	C. 原因食物・除去根拠 該当する食品に☑をし、かつ《 》内に除去根拠を記載 <input type="checkbox"/> 鶏卵 《 , , , 》 <input type="checkbox"/> ナッツ類* 《 , , , 》 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 《 , , , 》 <input type="checkbox"/> 甲殻類* 《 , , , 》 <input type="checkbox"/> 小麦 《 , , , 》 <input type="checkbox"/> 軟体類・貝類* 《 , , , 》 <input type="checkbox"/> ソバ 《 , , , 》 <input type="checkbox"/> 魚卵 《 , , , 》 <input type="checkbox"/> ピーナッツ 《 , , , 》 <input type="checkbox"/> 魚類* 《 , , , 》 <input type="checkbox"/> 大豆 《 , , , 》 <input type="checkbox"/> 肉類* 《 , , , 》 <input type="checkbox"/> ゴマ 《 , , , 》 <input type="checkbox"/> 果物類* 《 , , , 》 <input type="checkbox"/> ナッツ類* 《 , , , 》 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 甲殻類* 《 , , , 》 <input type="checkbox"/> 軟体類・貝類* 《 , , , 》 <input type="checkbox"/> 魚卵 《 , , , 》 <input type="checkbox"/> 魚類* 《 , , , 》 <input type="checkbox"/> 肉類* 《 , , , 》 <input type="checkbox"/> 果物類* 《 , , , 》 <input type="checkbox"/> その他 ()	【診断根拠】 該当するものすべてを《 》に記載 ①明らかな症状の既往 ②食物負荷試験陽性 ③IgE抗体など検査結果陽性 ④未摂取 *類は()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 <input type="checkbox"/> 内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) <input type="checkbox"/> アドレナリン自己注射薬「エピペン®0.15mg」 <input type="checkbox"/> その他 ()	E. その他の配慮・管理事項 誤食時 付着時 アナフィラキシー時	
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)	病型・治療 A. 病型 <input type="checkbox"/> 通年性アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> 季節性アレルギー性鼻炎(花粉症) 主な病状の時期 <input type="checkbox"/> 春 <input type="checkbox"/> 夏 <input type="checkbox"/> 秋 <input type="checkbox"/> 冬 B. 治療 <input type="checkbox"/> 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬(内服) <input type="checkbox"/> 鼻噴霧用ステロイド薬 <input type="checkbox"/> その他 ()	こども園での生活上の留意点 A. 屋外活動 管理不要 B. その他の配慮・管理事項(自由記載)	記載日 医師名 印 医療機関名