

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・アレルギー性鼻炎） 提出日 令和 年 月 日

名前 _____ 男・女 年 月 日生（ 歳 ヶ月） _____ 歳児クラス _____

様式1-1

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。

食物アレルギー（あり・なし） アナフィラキシー（あり・なし）	病型・治療	保育所での生活上の留意点	「緊急連絡先」 ★保護者名 電話： ★連絡医療機関 医療機関名 電話：	
	A.食物アレルギー病型（食物アレルギーありの場合記載） 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・その他）	A.給食・離乳食 1.管理不要 2.保護者と相談し、決定 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○印、又は（ ）内に記入） ミルフイー・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（ ）		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 *この指導表（診断書）の内容については、 （6ヶ月後・12ヶ月後） に再評価が必要です。
	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（医療品・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）	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 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○を記載 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		
	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 { (非加熱) 《 》 (加熱) 《 》 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* 《 》 (すべて・クルミ・アーモンド・栗・) 9.甲殻類* 《 》 (すべて・エビ・カニ・) 10.軟体類・貝類* 《 》 (すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ・) 11.魚卵* 《 》 (すべて・イクラ・タラコ・) 12.魚類* 《 》 (すべて・サバ・サケ・) 13.肉類* 《 》 (鶏肉・牛肉・豚肉・) 14.果実類* 《 》 (キウイ・バナナ・) 15.その他 《 》 () 「*は（ ）の中に該当する項目に○をするか具体的に記載すること」	[除去根拠]該当するものを《 》内に番号を記載 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		この欄に除去の指示があった場合は、給食の提供が難しくなるため、お弁当の持参をお願いします。
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	医師名 _____ 医療機関名 _____		
アレルギー性鼻炎（あり・なし）	病型・治療	保育所での生活上の留意点	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
	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	A.屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B.その他の配慮・管理事項（自由記載）	医師名 _____ 医療機関名 _____	

保育所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・アレルギー性結膜炎） 提出日令和 年 月 日

名前 _____ 男・女平成 年 月 日生(歳 ヶ月) _____ 歳児クラス _____

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り作成するものです。

		病型・治療	保育所での生活上の留意点		
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 B. 長期管理薬 1. ステロイド吸入薬 剤形: 投与量(日): 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 ()	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	A. 寝具に関する留意点 1. 特になし(通常管理のみ) 2. 保護者と相談		★保護者名 電話: ★連絡医療機関 医療機関名 電話: 記載日 年 月 日 医師名 医療機関名
		D. 急性発作時の対応(自由記載)	B. 食物に関する留意点 1. 特になし 2. 食物アレルギー管理指導表参照 C. 動物との接触 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物への反応が強いため不可 動物名 D. 外遊び、運動に対する配慮 1. 特になし 2. 保護者と相談し決定		
アトピー性皮膚炎 (あり・なし)	病型・治療		保育所での生活上の留意点		記載日 年 月 日
	A. 重症度のみやす(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. プール・水遊び及び長時間の紫外線下での活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. 動物との接触 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名 C. 発汗後 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 夏季シャワー浴(施設で可能な場合)		D. その他の配慮 管理事項(自由記載)
	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(プロトピック) 3. 保湿剤 4. その他()	B-2. 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他() C. 食物アレルギーの合併 1. あり 2. なし			医師名 医療機関名
アレルギー性結膜炎 (あり・なし)	病型・治療		保育所での生活上の留意点		記載日 年 月 日
	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 B. 治療 1. 抗アレルギー点眼薬 2. ステロイド点眼薬 3. 免疫抑制点眼液 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 B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 C. その他の配慮・管理事項(自由記載)		医師名 医療機関名