

## 保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導票(食物アレルギー・アナフィラキシー)

名前 \_\_\_\_\_ 男・女 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生( 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月) \_\_\_\_\_ 組 提出日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

アナフィラキシー(あり・なし) 食物アレルギー(あり・なし)	<b>1 病型・治療</b> <b>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)</b> 1 食物アレルギーの関与する乳児性アトピー性皮膚炎 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・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・その他) _____ )	<b>2 保育所での生活上の留意点</b> <b>A 給食・離乳食</b> 1 管理不要 2 保護者と相談し決定 <b>B アレルギー用調整粉乳</b> 1 不要 2 必要 下記該当ミルクに○、又は()に記入 ミルク名: _____ その他( _____ )	★保護者 (電話) _____	<b>【緊急連絡先】</b> (電話) _____  除去期間および再評価の見通し 1、6ヶ月 2、12ヶ月  記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 印
	<b>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)</b> 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・ _____ )	<b>C 食物・食材を扱う活動</b> 1 配慮不要 2 保護者と相談し決定 <b>D 宿泊を伴う園外活動</b> 1 配慮不要 2 食事やイベントの際に配慮が必要	★連絡医療機関 (医療機関名) _____  (電話) _____	
	<b>C 原因食物・除去根拠</b> 該当する食物に○をし、かつ < >内に診断根拠を記載 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 ごま < > 8 ナッツ類 ※< > (すべて・クルミ・アーモンド・ _____ ) 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 果物類 ※< > (キウイ・バナナ _____ ) 15 その他 ※< > ( _____ ) ※類は( _____ )の中に具体的に記載すること。	<b>E 除去食で摂取不可能なもの</b> 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	(電話) _____	
	<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( _____ )	<b>F その他、配慮・管理事項(自由記載)</b>	医療機関名 _____	