<参考様式>

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　平成___年___月___日

名前_____男・女　平成___年___月___日生（___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。

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

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）
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・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・その他：　）

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・　）

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	《　》		
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・　）	
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		（　）	

[除去根拠] 該当するもの全てを《》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

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（　）

保育所での生活上の留意点

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○、又は（ ）内に記入
ミルフィー　・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（　）

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○

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
5. 大豆:	大豆油・醤油・味噌
6. ゴマ:	ゴマ油
11. 魚類:	かつおだし・いりこだし
12. 肉類:	エキス

E. その他の配慮・管理事項

【緊急連絡先】

★保護者
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

アレルギー性鼻炎（あり・なし）

病型・治療

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

保育所での生活上の留意点

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)

記載日　年　月　日

医師名

医療機関名

この生活管理指導表は、地域独自の取り組みや現場からの意見を踏まえ、今後改善していくことを考えております。