

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・喘息支ぜん息）

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

★保護者  
電話： \_\_\_\_\_  
★連絡医療機関  
医療機関名： \_\_\_\_\_  
電話： \_\_\_\_\_

※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子どもに限って、医師が作成するものです。

病型・治療		保育所での生活上の留意点	
<b>アナフィラキシー</b> <b>食物アレルギー</b> (あり・なし)	<b>病型・治療</b> <b>A. 食物アレルギー病型</b> 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) <b>B. アナフィラキシー病型</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・ラテックスアレルギー・昆虫・動物のフケや毛) <b>C. 原因食物・除去根拠</b> 該当する食品の番号に○をし、かつ「 除去根拠」 該当するものを全て書き、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未採取 1. 鶏卵 _____ 2. 牛乳・乳製品 _____ 3. 小麦 _____ 4. ソバ _____ 5. ビーナッツ _____ 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 _____ 「*」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 <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「エドペン®」 3. その他 _____	<b>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. 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.E.欄を参照) <b>B. アレルギーマシナリー用調整粉乳</b> 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・ベプティエット・エレメンタルフォーミュラ その他( ) <b>C. 除去食品においてより厳しい除去が必要なもの</b> 病型・治療のC.欄で除去の際、より厳しい除去が必要となるものみに○をつける ※本欄に○がついた場合、該当する食品を使用しな料理については、給食対応が困難となる場合が あります。 1. 鶏卵： _____ 2. 牛乳・乳製品： _____ 乳糖 _____ 乳糖 _____ 醤油・酢・麦茶 _____ 5. 大豆： _____ 6. ゴマ： _____ 11. 魚類： _____ 12. 肉類： _____ <b>D. 食物・食材を扱う活動</b> 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 _____	<b>保育所での生活上の留意点</b> <b>E. 特記事項</b> (その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定) <b>記載日</b> _____ 年 _____ 月 _____ 日 <b>医師名</b> _____ <b>医療機関名</b> _____ <b>電話</b> _____
<b>喘息支ぜん息</b> (あり・なし)	<b>病型・治療</b> <b>A. 症状のコントロール状態</b> 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良 <b>B. 長期管理薬</b> (短期追加治療薬を含む) 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2刺激薬(内服・貼付薬) 5. その他( ) <b>C. 急性増悪(発作)治療薬</b> 1. ベータ2刺激薬吸入 2. ベータ2刺激薬内服 3. その他 _____ <b>D. 急性増悪(発作)時の対応</b> (自由記載)	<b>保育所での生活上の留意点</b> <b>C. 外遊び、運動に対する配慮</b> 1. 管理不要 2. 管理必要 (管理内容： ) <b>D. 特記事項</b> (その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定) <b>記載日</b> _____ 年 _____ 月 _____ 日 <b>医師名</b> _____ <b>医療機関名</b> _____ <b>電話</b> _____	<b>保護者氏名</b> _____

● 保育所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



## 保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表（アトピー性皮膚炎・アレルギー性結膜炎・アレルギー性鼻炎）

様式1裏面

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、保育所の生活において特別な配慮や管理が必要となつた子どもに限って、医師が作成するものです。

病型・治療		保育所での生活上の留意点		記載日
<b>A. 重症度のめやす(厚生労働科学研究班)</b> 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、痂皮、浸潤、苔癬化などを伴う病変 ※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 <b>B-1. 常用する外用薬</b> 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>B-2. 常用する内服薬</b> 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他( ) 3. なし <b>C. 食物アレルギーの合併</b> 1. あり 2. なし		<b>A. フール・水遊び及び長時間の紫外線下の活動</b> 1. 管理不要 2. 管理必要( ) <b>B. 動物との接触</b> 1. 管理不要 2. 動物への反応が強い(ため不可動物名( )) 3. 飼育活動等の制限( ) 4. その他( ) <b>C. 発汗後</b> 1. 管理不要 2. 管理必要(管理内容: ) 3. 夏季シャワー浴(施設で可能な場合)		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名 電話
<b>A. 病型</b> 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>B. 治療</b> 1. 抗アレルギー一点眼薬 2. ステロイド点眼薬 3. 免疫抑制点眼薬 4. その他( )		<b>保育所での生活上の留意点</b> <b>C. 特記事項</b> (その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定)		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名 電話
<b>A. 病型</b> 1. 通年性アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎(花粉症) 3. 主な症状の時期: 春、夏、秋、冬 <b>B. 治療</b> 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. 舌下免疫療法 4. その他		<b>保育所での生活上の留意点</b> <b>A. 屋外活動</b> 1. 管理不要 2. 管理必要(管理内容: ) <b>B. 特記事項</b> (その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定)		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名 電話

●保育所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