

保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表①

名前 (ふりがな)		性別	男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日生 (歳 ヶ月)
緊急連絡	★保護者 電話:		★連絡医療機関 医療機関名: 電話:		

この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。

その他の配慮・管理事項には、特別な配慮や管理が必要な場合、医師が保護者と相談のうえ記載してください。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定します。

	病型・治療	保育所での生活上の留意点
アナフィラキシー(あり・なし) 食物アレルギー(あり・なし)	A. 食物アレルギー病型 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:	A. 給食・離乳食 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D・E欄を参照)
	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・昆虫・動物のフケや毛)	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. 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 《 》 [除去根拠] 該当するもの全ての《 》内に次の番号を記載 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 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* 《 》 (すべて・クルミ・アーモンド・カシューナッツ・) 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 () 「*は()の中の該当する項目に○をするか具体的に記載」	C. 食物・食材を扱う活動 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() D. 除去食品でより厳しい除去が必要なもの 病型・治療のCで除去の際により厳しい除去が必要となるもののみ○ 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
	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
診断等	記載日 年 月 日 医師名 (印) 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②

名前 (ふりがな)		性別	男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日生 (歳 ヶ月)
緊急連絡	★保護者 電話:		★連絡医療機関 医療機関名:		電話:

この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。

その他の配慮・管理事項には、特別な配慮や管理が必要な場合、医師が保護者と相談のうえ記載してください。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定します。

	病型・治療	保育所での生活上の留意点	診断等
アレルギー性鼻炎 (ありなし)	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(花粉症) 主な症状の時期:春・夏・秋・冬	A. 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 (管理内容:)	記載日 年 月 日 医師名
	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. 舌下免疫療法 4. その他	B. その他の配慮・管理事項	⑩ 医療機関名
気管支喘息 (ありなし)	A. 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良	A. 寝具に関する留意点 1. 管理不要 2. 防ダニシーツ等の使用 3. その他の管理が必要()	記載日 年 月 日 医師名
	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:	B. 動物との接触 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()	⑩ 医師名
	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	C. 外遊び、運動に対する配慮 1. 管理不要 2. 管理必要(管理内容:)	医療機関名
	D. 急性発作時の対応 (自由記載)	D. その他の配慮・管理事項	
アトピー性皮膚炎 (ありなし)	A. 重症度のめやす(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. 管理必要	記載日 年 月 日 医師名
	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. 動物との接触 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()	⑩ 医師名
	B-2. 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他()	C. 発汗後 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)	医療機関名
	C. 食物アレルギーの合併 1. あり 2. なし	D. その他の配慮・管理事項(自由記載)	
アレルギー性結膜炎 (ありなし)	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()	A. プール指導 1. 管理不要 2. 管理必要(管理内容:) 3. プールへの入水不可	記載日 年 月 日 医師名
	B. 治療 1. 抗アレルギー点眼薬 2. ステロイド点眼薬 3. 免疫抑制点眼薬 4. その他()	B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要(管理内容:)	⑩ 医師名
		C. その他の配慮・管理事項(自由記載)	医療機関名