

# 保育所における食物アレルギー・アナフィラキシー用 生活管理指導表

提出日 平成 年 月 日

氏名	性別 男 ・ 女
平成 年 月 日生( 歳 ヶ月)	組

●保育所における日常の取り組み及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職員全員で共有することに同意しますか。                      1. 同意する                      2. 同意しない

保護者署名:

※ 主治医におかれましては、原則として上記の「1. 同意する」に該当する場合に本表の記入をお願いします

記載した主治医の氏名	印	記載日	年 月 日
所属医療機関の名称			

※現在の状況および今後1年間を通じて予測される状況を記載して下さい。

<b>病型・治療</b> * 記入にあたっては保育所用ガイドラインP32~39をご参照ください。
<b>A. 食物アレルギー病型(食物アレルギーがある場合にのみ記載して下さい。)</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: 新生児消化器症状 ・ 口腔アレルギー症状群 ・ 食物依存性運動誘発アナフィラキシー ・ その他(                      )
<b>B. アナフィラキシー型(アナフィラキシーの既往がある場合のみ記載して下さい)</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 ・                      )
<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(                      )内に除去根拠を記載して下さい。
1. 鶏卵《                      》                      4. ソバ《                      》 2. 牛乳・乳製品《                      》                      5. ピーナッツ《                      》 3. 小麦《                      》                      6. 大豆《                      》 7. 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    ③IgE抗体等検査結果陽性 ②食物負荷試験陽性        ④未接取

<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 R 0.15mg」 3. その他(                      )

<b>保育所での生活上の留意点</b> ※記入に当たっては保育所用ガイドライン P40~49 をご参照ください
<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(                      )内に記入 ミルフィー ・ ニューMA-1 ・ MA-mi ・ ペプディエツト ・ エレメンタルフォーミュラ ・ その他(                      )
<b>C. 食物 ・ 食材を扱う活動</b> 1. 管理不要                      2. 保護者と相談し決定
<b>D.除去食物の中で調理法によって食べることができるもの</b> (例:ゆで卵)

<b>緊急時連絡先</b> ※連絡医療機関は保護者と相談のうえ記載してください「救急車要請」と記載することも可。
★保護者                      電話①                      電話②
★連絡医療機関                      名称                      電話

※管理指導表は症状等に変化がない場合であっても、配慮や管理が必要な期間は、少なくとも毎年提出して下さい  
静岡県医師会子どものアレルギー疾患対策委員会(2013年2月)