

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。

病型・治療 * 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。

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。)

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. 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)

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

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 R 0.15mg」

3. その他()

保育所での生活上の留意点 * 記入にあたっては保育所用ガイドライン P40~49をご参照ください

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. 除去食物の中で調理法によって食べることができるもの (例:ゆで卵)

緊急時連絡先 * 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)