

育心保育園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）

提出日 令和____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園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。

アナフィラキシー既往歴（あり・なし）	病型・治療	保育所での生活上の留意点	「緊急連絡先」	★保護者 電話:
	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）	A. 給食・離乳食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定		★連絡医療機関 医療機関名:
	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・ _____）	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		電話:
	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* 《 》 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 《 》 [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	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		記載日 年 月 日
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（ _____ ）	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	医師名	医療機関名	