

木津幼稚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 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、こども園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。

★保護者
 (父)携帯: _____
 職場: _____
 (母)携帯: _____
 職場: _____
 ★連絡医療機関名
 医療機関名: _____
 電話: _____

記載日
 年 月 日

除去期間および再評価
 ①6ヶ月 ②12ヶ月

医師名
 (印)

医療機関名

電話

| 病型・治療 | 保育所での生活上の留意点 | |
|--|---|--|
| 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： _____） | E. 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 G. I 欄を参照） | |
| | B. アナフィラキシー病型 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） | |
| C. 原因食品・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* 《 》（すべて・クルミ・カシューナッツ・アーモンド・） 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すること」 「こども園では、そばの調理、生卵や半熟卵調理は行っておりません」 | F. 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HP ・ ニューMA-1 ・ MA-mi ・ エレメンタルフォーミュラ その他（ _____） | |
| | G. 除去食品においてより厳しい除去が必要なもの 病型・治療の C. 欄で除去の際に、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た料理については、給食対応が困難となる場合があります。 1. 鶏卵: 卵殻カルシウム 2. 牛乳・乳製品: 乳糖 3. 小麦: 醤油・酢・麦茶 6. 大豆: 大豆油・醤油・味噌 7. ゴマ: ゴマ油 12. 魚類: かつおだし・いりこだし 13. 肉類: エキス | I. アレルギー症状 ▼摂取した場合出現する可能性のある症状 即時型 <input type="checkbox"/> ショック <input type="checkbox"/> 咳き込み <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 腹痛・嘔吐 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 掻痒感 <input type="checkbox"/> その他（ _____） 非即時型 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 掻痒感 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他（ _____） ▼アナフィラキシー症状（即時型反応）時の対応 |
| 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）（ 無 ・ 有: _____） 2. 外服薬（ 無 ・ 有: _____） 3. アドレナリン自己注射薬「エピペン®」（ 無 ・ 有 _____） 4. その他（ _____） 5. 投薬後の対応（ _____） | H. 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（ _____） | |
| | J. 特記事項 （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。対応内容はこども園が保護者と相談のうえ決定） | |

食物アレルギー（あり・なし）
 アナフィラキシー（あり・なし）

●星名学園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学園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 _____ (印)