

保育所等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・気管支喘息）

提出日 令和 年 月 日
百塚保育所
舟石川保育所
けやきの杜保育所
とうかい村松宿こども園
一時保育

ふりがな	生年月日
児童氏名 男・女	年 月 日（ 歳 ヶ月）

アレルギー疾患	病型・治療	保育所等での生活上の留意点		緊急連絡先 ★保護者 電話 ★連絡医療機関 医療機関名 電話
	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： ） 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」 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「エビベン®」 3 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C.E欄を参照） 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HP ・ ニューMA-1 ・ MA-mi ・ ベブディエット ・ エレメンタルフォーミュラ その他（ ） C. 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 E. 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。対応内容は保育所等が保護者と相談のうえ決定）	
（あり・なし） 気管支喘息	病型・治療 A. 症状のコントロール状態 1 良好 2 比較的良好 3 不良 B. 長期管理薬 （短期追加治療薬を含む） 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（ ） C. 急性増悪（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 D. 急性増悪（発作）時の対応（自由記載）	保育所等での生活上の留意点 A. 寝具に関して 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（ ） 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（ ） 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： ） D. 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。対応内容は保育所等が保護者と相談のうえ決定）	記載日 年 月 日 医師名 医療機関名	

保育所等におけるアレルギー疾患生活管理指導表（アトピー性皮膚炎・アレルギー性結膜炎・アレルギー性鼻炎）

提出日 令和 年 月 日
百塚保育所
舟石川保育所
けやきの杜保育所
とうかい村松宿こども園 組
一時保育

ふりがな 児童氏名	男・女	生年月日 年 月 日（ 歳 ヶ月）
--------------	-----	----------------------

緊急連絡先	保護者氏名	電話
-------	-------	----

	病型・治療			保育所等での生活上の留意点		記載日
	アトピー性皮膚炎 （あり・なし）	A. 重症度のみやす（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（管理内容： ）	
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-2. 常用する内服薬 1 抗ヒスタミン薬 2 その他	C. 食物アレルギーの合併 1 あり 2 なし	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（ ）	D. 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。対応内容は保育所等が保護者と相談のうえ決定）	医師名 医療機関名
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		年 月 日
	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： ）		医師名 医療機関名
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： ）		年 月 日
	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. 特記事項 （その他に特別な配慮や管理が必要な事情がある場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は保育所等が保護者と相談のうえ決定）		医師名 医療機関名