



【様式3】

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・アレルギー性鼻炎） 提出日 令和 年 月 日

名前 \_\_\_\_\_（男・女） 平成・令和 \_\_\_\_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（あり・なし） 食物アレルギー（あり・なし）	病型・治療	保育園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（食物アレルギーありの場合のみ記載） 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	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：	電話：
	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（ _____ ） 「※類は（ ）の中の該当する項目に○をするか具体的に記載すること」	[除去根拠] 該当するものを《 》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 1.15mg」 3、その他（ _____ ）	E、その他の配慮・管理事項				
アレルギー性鼻炎（あり・なし）	病型・治療	保育園での生活上の留意点	記載日 _____年 ____月 ____日		
	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 主な症状の時期：春、夏、秋、冬	A、屋外活動 1、管理不要 2、保護者と相談し決定	医師名		
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、その他	B、その他の配慮・管理事項（自由記載）	医療機関名			

この生活管理指導表は、地域独自の取り組みや現場からの意見を踏まえ、今後改善していくことを考えております。