保護者→医療機関→施設

提出日　令和　　年　　月　　日　　【様式2】

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）

施設名　ヒルズウォーク徳重園　　クラス　　歳児

ふりがな

名前　　男　・　女

平成

令和　　年　　月　　日生（　　歳　　ヶ月）

※太枠内は、医師にてご記入ください

食物アレルギー（あり・なし）　アナフィラキシー（あり・なし）

病型・治療

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　原因食物・除去根拠

該当する食品の番号に〇をし、かつ《　》内に除去根拠を記載して下さい

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〇をするか具体的に記載して下さい」

〔除去根拠〕
該当するものすべてを《　》内に番号を記載して下さい
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

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®」

3.その他（　　）

施設での生活上の留意点

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　アレルギー用調製粉乳

1.不要

2.必要　下記該当ミルクに〇、または（　）内に記入して下さい

ミルフィーHP・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　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、下記の食品についても除去が必要な場合のみ〇をつけて下さい

※本欄に〇がついた場合、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

D　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.調理活動の制限（　　）

4.その他

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して下さい

※施設における対応内容は、指導表に基づき施設と保護者が相談のうえ決定します

記載日

令和　　年　　月　　日

医師名

印

医療機関名

電話

●施設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施設の職員及び消防機関・医療機関と共有することに同意しますか。

1.同意する

2.同意しない

保護者氏名