

横手市 幼稚園・保育所・認定こども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

施設名 _____ 名前 _____ 男 女 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日生（ ____ 歳 ____ ヶ月）

この生活管理指導表は、幼稚園・保育所・認定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 食物アレルギー あり なし 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： ★連絡医療機関 医療機関名： 電話： 記載日 年 月 日 医師名 医療機関名	
	A. 食物アレルギー病型 <input type="checkbox"/> 1. 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 2. 即時型 <input type="checkbox"/> 3. その他（ <input type="checkbox"/> 新生児・乳児消化管アレルギー <input type="checkbox"/> 口腔アレルギー症候群 <input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー <input type="checkbox"/> その他： _____)	A. 給食・離乳食 <input type="checkbox"/> 1. 管理不要 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 1. 不要 <input type="checkbox"/> 2. 必要 下記該当ミルクに✓、又は（ ）内に記入 <input type="checkbox"/> ミルフィーHP <input type="checkbox"/> ニューMA-1 <input type="checkbox"/> MA-mi <input type="checkbox"/> ペプディエット <input type="checkbox"/> エレメンタルフォーミュラ <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		C. 除去食品に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 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。
	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) <input type="checkbox"/> 1. 食物（原因： _____) <input type="checkbox"/> 2. その他（ <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー <input type="checkbox"/> ラテックスアレルギー <input type="checkbox"/> 昆虫・動物のフケや毛)	C. 除去食品にいてより厳しい除去が必要なもの 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。		
	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 <input type="checkbox"/> 1. 鶏卵 《 》 <input type="checkbox"/> 2. 牛乳・乳製品 《 》 <input type="checkbox"/> 3. 小麦 《 》 <input type="checkbox"/> 4. ソバ 《 》 <input type="checkbox"/> 5. ピーナッツ 《 》 <input type="checkbox"/> 6. 大豆 《 》 <input type="checkbox"/> 7. ゴマ 《 》 <input type="checkbox"/> 8. ナッツ類* 《 》（ <input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> クルミ <input type="checkbox"/> アーモンド <input type="checkbox"/> _____) <input type="checkbox"/> 9. 甲殻類* 《 》（ <input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> エビ <input type="checkbox"/> カニ <input type="checkbox"/> _____) <input type="checkbox"/> 10. 軟体類・貝類* 《 》（ <input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> イカ <input type="checkbox"/> タコ <input type="checkbox"/> ホタテ <input type="checkbox"/> アサリ <input type="checkbox"/> _____) <input type="checkbox"/> 11. 魚卵 《 》（ <input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> イクラ <input type="checkbox"/> タラコ <input type="checkbox"/> _____) <input type="checkbox"/> 12. 魚類* 《 》（ <input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> サバ <input type="checkbox"/> サケ <input type="checkbox"/> _____) <input type="checkbox"/> 13. 肉類* 《 》（ <input type="checkbox"/> 鶏肉 <input type="checkbox"/> 牛肉 <input type="checkbox"/> 豚肉 <input type="checkbox"/> _____) <input type="checkbox"/> 14. 果物類* 《 》（ <input type="checkbox"/> キウイ <input type="checkbox"/> バナナ <input type="checkbox"/> _____) <input type="checkbox"/> 15. その他 《 》（ <input type="checkbox"/> _____) 「*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		1. 鶏卵： <input type="checkbox"/> 卵殻カルシウム 2. 牛乳・乳製品： <input type="checkbox"/> 乳糖 3. 小麦： <input type="checkbox"/> 醤油 <input type="checkbox"/> 酢 <input type="checkbox"/> 麦茶 6. 大豆： <input type="checkbox"/> 大豆油 <input type="checkbox"/> 醤油 <input type="checkbox"/> 味噌 7. ゴマ： <input type="checkbox"/> ゴマ油 12. 魚類： <input type="checkbox"/> かつおだし <input type="checkbox"/> いりこだし 13. 肉類： <input type="checkbox"/> エキス
D. 緊急時に備えた処方薬 <input type="checkbox"/> 1. 内服薬（ <input type="checkbox"/> 抗ヒスタミン薬 <input type="checkbox"/> ステロイド薬 _____) <input type="checkbox"/> 2. アドレナリン自己注射薬「エピペン®」 <input type="checkbox"/> 3. その他（ _____)	D. 食物・食材を扱う活動 <input type="checkbox"/> 1. 管理不要 <input type="checkbox"/> 2. 原因食材を教材とする活動の制限（ _____ ） <input type="checkbox"/> 3. 調理活動時の制限（ _____ ） <input type="checkbox"/> 4. その他（ _____ ） E. その他の配慮・管理事項 （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。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定）			

【次回提出予定】 あり（ ____ 年 ____ 月頃）、 提出の必要なし、 その他（ _____ ）

※作成費用 _____ 円【負担内訳（保護者負担 _____ 円・市負担 _____ 円）】 Ver. 2020.04