

<参考様式>

保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表(気管支喘息・アトピー性皮膚炎・アレルギー性結膜炎)

提出日 平成\_\_年\_\_月\_\_日

名前\_\_\_\_\_男・女 平成\_\_年\_\_月\_\_日生( \_\_歳\_\_ヶ月)\_\_\_\_\_組

この生活管理指導表は保育所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り作成するものです。

(あり・なし) 気管支喘息	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. 重症度分類(治療内容を考慮した)	C. 急性発作治療薬	A. 寝具に関する留意点		
	B. 長期管理薬	D. 急性発作時の対応(自由記載)	B. 食物に関する留意点		
			C. 動物との接触		
(あり・なし) アトピー性皮膚炎	病型・治療		保育所での生活上の留意点		記載日 _____年__月__日 医師名 医療機関名
	A. 重症度のめやす(厚生労働科学研究班)		A. プール・水遊び及び長時間の紫外線下での活動	C. 発汗後	
	B-1. 常用する外用薬	B-2. 常用する内服薬	B. 動物との接触	D. その他の配慮・管理事項(自由記載)	
			C. 食物アレルギーの合併		
(あり・なし) アレルギー性結膜炎	病型・治療		保育所での生活上の留意点		記載日 _____年__月__日 医師名 医療機関名
	A. 病型		A. プール指導		
	B. 治療		B. 屋外活動		
			C. その他の配慮・管理事項(自由記載)		

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。

<参考様式>

保育所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 平成\_\_年\_\_月\_\_日

名前 \_\_\_\_\_ 男・女 平成\_\_年\_\_月\_\_日生( \_\_歳\_\_ヶ月) \_\_\_\_\_ 組

この生活管理指導表は保育所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。

<b>食物アレルギー (あり・なし)</b> <b>アナフィラキシー (あり・なし)</b>	<b>病型・治療</b>	<b>保育所での生活上の留意点</b>	<b>【緊急連絡先】</b>	★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 (新生児消化器症状・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(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・ _____ ) 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* 《 》 (すべて・クルミ・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 _____ [*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]	A. 給食・離乳食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 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 ・ ベブディエット エレメンタルフォーミュラ その他( _____ ) 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 D. 除去食品で摂取不可能なもの 病型・治療のCで除去の際に摂取不可能なものに○ 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 5. 大豆: 大豆油・醤油・味噌 6. ゴマ: ゴマ油 11. 魚類: かつおだし・いりこだし 12. 肉類: エキス E. その他の配慮・管理事項		★連絡医療機関 医療機関名:
	<b>病型・治療</b>	<b>保育所での生活上の留意点</b>	<b>【緊急連絡先】</b>	★保護者 電話:
<b>アレルギー性鼻炎 (あり・なし)</b>	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 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	A. 屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. その他の配慮・管理事項(自由記載)	<b>【緊急連絡先】</b>	★連絡医療機関 医療機関名:
			<b>【緊急連絡先】</b>	電話:

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。