

【資料1】 辰野町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）

提出日 令和 年 月 日

園児名 _____ 男・女 生年月日 平成・令和 年 月 日生（ 歳 ヶ月） _____ 保育園 _____ 組

※この生活管理指導表は食物アレルギーがあり、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り医師が記入するものです。

食物アレルギー（あり・なし） アナフィラキシー既往歴（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： _____ _____ _____ ★連絡医療機関 医療機関名： _____ _____ 電話： _____ _____ 記載日 令和 ____年 ____月 ____日 除去機関および再評価の見直し 1 6か月 2 12か月 医療機関名・TEL _____ TEL _____ 医師名 _____ 印
	①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・食物依存症運動誘発アナフィラキシー・その他 _____）	A 除去食品でより厳しい除去が必要なもの ※本欄に○がついた場合、保育園での給食対応が困難となる場合があります I 病型・治療の③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 3 乳製品： 乳糖 4 小麦： 醤油・酢・麦茶・化学調味料(コソメ、中華スープの素) 7 大豆： 大豆油・醤油・味噌 8 ごま： ごま油 13 魚類： かつおだし・いりこだし 14 肉類： エキス	
	②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・昆虫・動物のフケや毛）	II 原因食品で除去の際にコンタミネーション(同一工場内の製造による混入)が不可能な食品を記載 (. .)	
	③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 《 》 3 乳製品 《 》 4 小麦 《 》 5 ソバ 《 》 6 ピーナッツ 《 》 7 大豆 《 》 8 ゴマ 《 》 9 ナッツ類* 《 》(すべて・クルミ・ガジュナッツ・アーモンド・) 10 甲殻類* 《 》(すべて・エビ・カニ・) 11 軟体類・貝類* 《 》(すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ・) 12 魚卵* 《 》(すべて・イクラ・タラコ) 13 魚類* 《 》(すべて・サバ・サケ・) 14 肉類* 《 》(鶏肉・牛肉・豚肉・) 15 果物類* 《 》(キウイ・バナナ・) 16 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」	III 原因食品で除去の際にオープン、揚げ油の共有が不可能な食品を記載 (. .) B 食物・食材を扱う活動 1 管理不要 2 保護者と相談し決定 3 調理活動時の制限 () 4 その他 () C アレルギー用調製粉乳 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・ハップ・ディエット・エ レメンタルフォーミュラ・その他 () D 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)	
④緊急時に備えた処方薬 1 内服薬 2 アドレナリン自己注射薬「エピペン®」 3 その他 ()			

【保護者記入欄】 ●保育園における日常の取り組みおよび緊急時の対応に活用するため、上記の内容を保育園の職員、消防機関、医療機関と共有することに同意します。

令和 年 月 日 保護者氏名（※自署の場合は押印不要です）

印