

(主治医)→(保育園)

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)

<新規・継続・変更>

<保育園記入欄>

受理日 年 月 日
対応開始日 年 月 日

名前 _____ 男・女 _____年__月__日生(__歳__ヶ月) _____組

※ 保育所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保育所の職員及び消防機関・医療機関等と共有することに同意します。

保護者氏名 _____

印
または
サイン

Table with columns for medical conditions (Anaphylaxis, Allergic Rhinitis), treatment, and childcare precautions. Includes a table for food removal (鶏卵, 牛乳, etc.) and emergency contact information.

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)

名前 _____ 男・女 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳 _____ ヶ月) _____ 組 提出日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

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。

★保護者
電話:
★連絡医療機関
医療機関名:
電話:

	病型・治療		保育所での生活上の留意点		記載日
					年 月 日
気管支喘息 (あり・なし)	A. 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良	C. 急性増悪(発作)治療薬 1. ベータ刺激薬吸入 2. ベータ刺激薬内服 3. その他	A. 寝具に関して 1. 管理不要 2. 防ダニシーツ等の使用 3. その他の管理が必要()	C. 外遊び、運動に対する配慮 1. 配慮不要 2. 管理必要 (管理内容:)	医師名
	B. 長期管理薬 (短期追加治療薬を含む) 1. ステロイド吸入薬 剤型: _____ 投与量(日): _____ 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 3. DSCG吸入薬 4. ベータ刺激薬 (内服・貼付薬) 5. その他 ()	D. 急性増悪(発作)時の対応(自由記載)	B. 動物との接触 1. 管理不要 2. 動物への反応が強いため不可 動物名() 3. 飼育活動等の制限()	D. 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。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定)	医療機関名
アトピー性皮膚炎 (あり・なし)	A. 重症度のみやす(厚生労働省学術研究班) 1. 軽症: 面積に関わらず、軽度の皮疹のみみられる。 2. 中等症: 強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満にみられる。 3. 重症: 強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満にみられる。 4. 最重症: 強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上にみられる。 ※軽度の皮疹: 軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変 ※強い炎症を伴う皮疹: 紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変		A. プール・水遊び及び長時間の紫外線下での活動 1. 管理不要 2. 管理必要()		記載日
	B-1. 常用する外用薬 1. ステロイド軟膏 2. タクロリムス軟膏 (「プロトピック」) 3. 保湿剤 4. その他 ()	B-2. 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他	B-3. 食物アレルギーの合併 1. あり 2. なし	B. 動物との接触 1. 管理不要 2. 動物への反応が強いため不可 動物名() 3. 飼育活動等の制限() 4. その他()	D. 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。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定)
アレルギー性結膜炎 (あり・なし)	A. 病歴 1. 通年性アレルギー性結膜炎 2. 季節性アレルギー性結膜炎 3. 春季カタル 4. アトピー性結膜炎 5. その他()		A. プール指導 1. 管理不要 2. 管理必要 (管理内容:) 3. プールへの入水不可		C. 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。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定)
	B. 治療 1. 抗アレルギー点眼薬 2. ステロイド点眼薬 3. 免疫抑制点眼薬 4. その他 ()		B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 (管理内容:)		医師名

(主治医)→(保育園)

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)

<新規・継続・変更>

<保育園記入欄>

受理日 年 月 日
対応開始日 年 月 日

名前 男・女 平成・令和 年 月 日生 (歳 ヶ月) 組

※ 保育所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保育所の職員及び消防機関・医療機関等と共有することに同意します。

保護者氏名 印 または サイン

必ずど
ちらか
に○を
付けて
ください

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
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)
即時型
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)
原因食物・除去根拠
緊急時に備えた処方薬

保育所での生活上の留意点
A 給食・離乳食・おやつ
B アレルギー用調整粉乳
C 除去食品においてより厳しい除去が必要なもの
D 食物・食材を扱う活動

★保護者(電話)
★連絡医療機関(医療機関名)
(電話)
記載日
医師名
医療機関名
電話

黄色の欄は保護者の方が記入・押印していただきますよう、お願いいたします。

※本欄に○がついた場合は給食対応ができません。登園にあたっては、お弁当とおや

例:牛乳パック、小麦粉粘土、卵パック・お菓子・ケーキの箱を使った制作等