

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:令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

行田市福祉事務所長 様

入所調整、保育の実施及び緊急時の対応に活用するため、本表を保育施設及びその職員等へ提供することに同意します。

保護者名(署名) \_\_\_\_\_

対象児童名		生年月日		保育所名	
保護者氏名 (緊急時連絡先)		電話番号 (緊急時連絡先)			

※以下は医療機関の証明を受けてください。

<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>	<b>★連絡医療機関</b> 医療機関名:  電話:		
	<b>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)</b> 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>A. 給食・離乳食</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 <b>B. アレルギー用調整粉乳</b> 1. 不要 2. 必要 下記該当ミルクに○、又は( )内に記入 ミルフイー・ニューMA-1・MA-mi・ペプディエント エレメンタルフォーミュラ その他( )			<b>記載日</b>  年 月 日	
	<b>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)</b> 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・ )	<b>C. 食物・食材を扱う活動</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定				<b>医師名</b>  <b>医療機関名</b>
	<b>C. 原因食物・除去根拠</b> 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. ビーナッツ 《 》 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」	<b>D. 除去食品で摂取不可能なもの</b> 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				
<b>D. 緊急時に備えた処方薬</b> 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「エビペン® 0.15mg」 3. その他( )	<b>E. その他の配慮・管理事項</b>	(印)				