

保育所等生活管理指導表(食物アレルギー・アナフィラキシー)2020年改訂版

提出日 年 月 日

氏名 男・女 年 月 日生()歳()か月

施設名

※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子どもに限って、医師が作成するものです。

病型・治療		保育所等での生活上の留意点																																																																																	
<p>A. 食物アレルギー病型 該当型の口欄に✓を記載(食物アレルギーありの場合のみ記載)</p> <p><input type="checkbox"/> 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎</p> <p><input type="checkbox"/> 即時型</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><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()</p>		<p>A. 給食・離乳食</p> <p><input type="checkbox"/> 管理不要</p> <p><input type="checkbox"/> 管理必要</p> <p>(管理内容については、病型・治療C.欄及び下記C.E欄を参照)</p>																																																																																	
<p>B. アナフィラキシー病型 該当型の口欄に✓を記載(アナフィラキシー既往ありの場合のみ記載)</p> <p><input type="checkbox"/> 食物(原因:</p> <p><input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー</p> <p><input type="checkbox"/> ラテックスアレルギー</p> <p><input type="checkbox"/> 昆虫 <input type="checkbox"/> 医薬品</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>		<p>B. アレルギー用調製粉乳</p> <p><input type="checkbox"/> 不要</p> <p><input type="checkbox"/> 必要 ミルク名を記入()</p>																																																																																	
<p>C. 原因食物・診断根拠 該当する食品の口欄に✓をし、かつ診断根拠の番号欄に○を記載</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>原因食物および診断根拠</th> <th>①</th> <th>②</th> <th>③</th> <th>④</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> 鶏卵</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 小麦</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> ソバ</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> ピーナッツ</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 大豆</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> ゴマ</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> ナッツ類</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 甲殻類(エビ・カニ)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 軟体類・貝類</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 魚卵</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 魚類</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 肉類</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 果物類</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> その他</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>※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。</p>		原因食物および診断根拠	①	②	③	④	<input type="checkbox"/> 鶏卵					<input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品					<input type="checkbox"/> 小麦					<input type="checkbox"/> ソバ					<input type="checkbox"/> ピーナッツ					<input type="checkbox"/> 大豆					<input type="checkbox"/> ゴマ					<input type="checkbox"/> ナッツ類					<input type="checkbox"/> 甲殻類(エビ・カニ)					<input type="checkbox"/> 軟体類・貝類					<input type="checkbox"/> 魚卵					<input type="checkbox"/> 魚類					<input type="checkbox"/> 肉類					<input type="checkbox"/> 果物類					<input type="checkbox"/> その他					<p>C. 食物・食材を扱う活動</p> <p><input type="checkbox"/> 管理不要</p> <p><input type="checkbox"/> 原因食材を教材とする活動の制限</p> <p><input type="checkbox"/> 調理活動時の制限</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>	
原因食物および診断根拠	①	②	③	④																																																																															
<input type="checkbox"/> 鶏卵																																																																																			
<input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品																																																																																			
<input type="checkbox"/> 小麦																																																																																			
<input type="checkbox"/> ソバ																																																																																			
<input type="checkbox"/> ピーナッツ																																																																																			
<input type="checkbox"/> 大豆																																																																																			
<input type="checkbox"/> ゴマ																																																																																			
<input type="checkbox"/> ナッツ類																																																																																			
<input type="checkbox"/> 甲殻類(エビ・カニ)																																																																																			
<input type="checkbox"/> 軟体類・貝類																																																																																			
<input type="checkbox"/> 魚卵																																																																																			
<input type="checkbox"/> 魚類																																																																																			
<input type="checkbox"/> 肉類																																																																																			
<input type="checkbox"/> 果物類																																																																																			
<input type="checkbox"/> その他																																																																																			
<p>D. 緊急時に備えた処方薬</p> <p><input type="checkbox"/> 内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬)</p> <p><input type="checkbox"/> アドレナリン自己注射薬(エピペン®)</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>		<p>D. 除去食品においてより厳しい除去が必要なもの</p> <p>病型・治療のCで除去の際に、より厳しい除去が必要となるものみに✓を記載</p> <p><input type="checkbox"/> (鶏卵):卵殻カルシウム</p> <p><input type="checkbox"/> (牛乳・乳製品):乳糖</p> <p><input type="checkbox"/> (小麦):醤油・酢・麦茶</p> <p><input type="checkbox"/> (大豆):大豆油・醤油・味噌</p> <p><input type="checkbox"/> (ゴマ):ゴマ油</p> <p><input type="checkbox"/> (魚類):かつおぶし・いりこだし</p> <p><input type="checkbox"/> (肉類):エキス</p>																																																																																	
		<p>E. その他の配慮 (保護者との打合せ時の具体的配慮事項等をご記入下さい)</p>																																																																																	
		<p style="text-align: center;">【緊急連絡先】</p> <p>※保護者との打合せ時の具体的配慮事項等をご記入下さい</p>																																																																																	
		<p>電話: _____</p> <p>医療機関名: _____</p> <p>電話: _____</p> <p>記載日 年 月 日</p> <p>医師名 _____</p> <p>医療機関名 _____</p>																																																																																	

食物アレルギー(あり・なし)アナフィラキシー(あり・なし)

様式1

熊本市

「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」より一部改変

● 保育所等における日常の取組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職員全員で共有することに同意します。

保護者署名 : _____