

名前 : _____ 男・女 誕生日 平成 ____年 ____月 ____日生 (____歳 ____ヶ月)

食物アレルギー (あり・なし) アナフィラキシー (あり・なし)		緊急連絡先 保護者 : _____ 電話 : _____
病型・治療	保育所での生活上の留意点	連絡医療機関 医療機関名 : _____ 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）	A. 給食・離乳食	
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 : _____)	1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	記載日 年 月 日 医療機関名 医師名
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. アレルギー用調整粉乳	
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・ _____）	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-m・ ペプディエット・ エレメンタルフォーミュラ その他（ _____）	
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	C. 食物・食材を扱う活動	E. その他の配慮・管理事項
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・ _____） 9. 甲殻類《 _____ 》（すべて・ _____） 10. 軟体類・貝類《 _____ 》（すべて・ _____） 11. 魚卵《 _____ 》（すべて・ _____） 12. 魚類《 _____ 》（すべて・ サバ・ サケ・ _____） 13. 肉類《 _____ 》（鶏肉・牛肉・豚肉・ _____） 14. 果物類《 _____ 》（すべて・ _____） 15. その他（ _____） 「8～15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」	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○	D. 除去食品で摂取不可能なもの	
D. 緊急時に備えた処方薬	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	
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「エピペン®0.15mg」 3. その他（ _____）		

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。

保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表（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 誕生日 平成 ____年 ____月 ____日生（ ____歳 ____ヶ月）

アトピー性皮膚炎 (あり・なし)		緊急連絡先
病型・治療	保育所での生活上の留意点	保護者： _____
A. 重症度のみやす（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	電話： _____
1. 軽症：面積に関わらず、軽度の皮疹のみみられる。	1. 管理不要	_____
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。	2. 保護者と相談し決定	_____
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。	B. 動物との接触	連絡医療機関
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。	1. 配慮不要	医療機関名
※軽度の皮疹：軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変	2. 保護者と相談し決定	_____
※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	3. 動物へのアレルギーが強いため不可	電話： _____
B-1. 常用する外用薬	C. 発汗後	記載日 ____年 ____月 ____日
1. ステロイド軟膏	1. 配慮不要	医療機関名
2. タクロリムス軟膏（プロトピック）	2. 保護者と相談し決定	_____
3. 保湿剤	3. 夏季シャワー浴（施設で可能な場合）	医師名
4. その他（ _____ ）	D. その他の配慮・管理事項（自由記載）	_____
B-2. 常用する内服薬		
1. 抗ヒスタミン薬		
2. その他（ _____ ）		
C. 食物アレルギーの合併		
1. あり		
2. なし		
アレルギー性結膜炎 (あり・なし)		記載日 ____年 ____月 ____日
病型・治療	保育所での生活上の留意点	
A. 病型	A. プール指導	医療機関名
1. 通年性アレルギー性結膜炎	1. 管理不要	_____
2. 季節性アレルギー性結膜炎（花粉症）	2. 保護者と相談し決定	医師名
3. 春季カタル	3. プールへの入水不可	_____
4. アトピー性角結膜炎	B. 屋外活動	
5. その他（ _____ ）	1. 管理不要	
B. 治療	2. 保護者と相談し決定	
1. 抗アレルギー点眼薬	C. その他の配慮・管理事項（自由記載）	
2. ステロイド点眼薬		
3. 免疫抑制点眼薬		
4. その他（ _____ ）		

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。

アレルギー除去申請書

平成 年 月 日

保育園長 様

保護者住所

氏名

印

保育園の給食について下記のとおり配慮くださるようお願いいたします。

保育園名	保育園	生年月日	年 月 日 生
園児名			(歳児)
医師の診断名		病院名	
最近通院した日	年 月 日	診断間隔	毎月 回 ・ ヶ月毎
アレルギー抗体検査	. 受けた . 受けていない		
治療方法	食品制限 ・ 飲み薬 ・ 塗り薬 ・ その他()		
現在控えている料理や食品			
アレルギー発症時の症状			
保育園の給食で配慮してほしいこと			

除去を希望する食品に○をつけてください

・卵類 ・牛乳、乳製品 ・豆類 ・魚介類() ・その他()

※集団給食のため、間違いのないように記入をしてください。

※除去の程度については詳しく園担当者と詳しく相談願います。

※献立内容や症状によっては実施できない場合があります。園へ相談してください。

※除去が必要なくなった場合は、至急園へ連絡してください。

※医師の診断書を添付してください。また、変更があった場合はそのつど提出してください。

※医師の診断書は年2回(4月 10月)提出してください。