

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 平成\_\_年\_\_月\_\_日

名前 \_\_\_\_\_ 男・女 平成\_\_年\_\_月\_\_日生( 歳\_\_ヶ月) \_\_\_\_\_ 組

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って作成するものです。

病型・治療		保育所での生活上の留意点		★保護者 電話:  ★連絡医療機関 医療機関名:  電話:
<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>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>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. 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. ピーナッツ 《 _____ 》 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>A. 給食・母乳食</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 ミルフィーユ・ニューMA-1・MA-mi・ベブディエット・エレメンタルフォーミュラ その他( _____ ) <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>D. 除去食品で採取不可能なもの</b> 病型・治療のCで除去の際に採取不可能なものに○ 1. 鶏卵: 卵殻カルシウム 2. 牛乳・乳製品: 乳糖 3. 小麦: 醤油・餅・麦茶 4. 大豆: 大豆油・醤油・味噌 5. ゴマ: ゴマ油 11. 魚類: かつおだし・いわしだし 12. 肉類: エキス <b>E. その他の配慮・管理事項</b>	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____	
	<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「エピペン®0.15mg」 3. その他( _____ )	<b>アレルギー性鼻炎(あり・なし)</b> <b>A. 病型</b> 1. 通年性アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎 主な症状の時期: 春、夏、秋、冬 <b>B. 治療</b> 1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬(内服) 2. 鼻噴霧用ステロイド薬 3. その他 _____	<b>保育所での生活上の留意点</b> <b>A. 屋外活動</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 <b>B. その他の配慮・管理事項(自由記載)</b>	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____

この生活管理指導表は、地域独自の取り組みや現場からの意見を踏まえ、今後改善していくことを考えております。

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)

提出日 平成\_\_年\_\_月\_\_日

名前 \_\_\_\_\_ 男・女 平成\_\_年\_\_月\_\_日生( \_\_歳\_\_ヶ月) \_\_\_\_\_ 組

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。

	病型・治療	保育所での生活上の留意点	緊急連絡先	
気管支喘息 (あり・なし)	<b>A. 重症度分類(治療内容を考慮した)</b> 1. 間欠型 2. 軽症持続型 3. 中等症持続型 4. 重症持続型 <b>B. 長期管理薬</b> 1. ステロイド吸入薬 剤形: 投与量(日): 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 3. DSG吸入薬 4. ベータ刺激薬 内服 貼付薬 5. その他( )	<b>C. 急性発作治療薬</b> 1. ベータ刺激薬吸入 2. ベータ刺激薬内服 3. その他 <b>D. 急性発作時の対応(自由記載)</b>	<b>A. 寝具に関する留意点</b> 1. とくになし(通常管理のみ) 2. 防ダニシーツ等の使用 3. 保護者と相談 <b>B. 食物に関する留意点</b> 1. とくになし 2. 食物アレルギー管理指導表参照 <b>C. 動物との接触</b> 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物への反応が強いため不可 動物名( ) <b>D. 外遊び、運動に対する配慮</b> 1. とくになし 2. 保護者と相談し決定	★保護者 電話: ★連絡医療機関 医療機関名: 電話: 記載日 _____年__月__日 医師名 医療機関名
	<b>病型・治療</b> <b>A. 重症度のみやす(厚生労働科学研究班)</b> 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 <b>B-1. 常用する外用薬</b> 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>B-2. 常用する内服薬</b> 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他( ) <b>C. 食物アレルギーの合併</b> 1. あり 2. なし	<b>保育所での生活上の留意点</b> <b>A. プール・水遊び及び長時間の紫外線下での活動</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 <b>B. 動物との接触</b> 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名( ) <b>C. 発汗後</b> 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 夏季シャワー浴(施設で可能な場合) <b>D. その他の配慮・管理事項(自由記載)</b>	記載日 _____年__月__日 医師名 医療機関名	
アトピー性皮膚炎 (あり・なし)	<b>病型・治療</b> <b>A. 病型</b> 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(花粉性) 3. 春季カタル 4. アトピー性角結膜炎 5. その他( ) <b>B. 治療</b> 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>保育所での生活上の留意点</b> <b>A. プール指導</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. プールへの入水不可 <b>B. 屋外活動</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 <b>C. その他の配慮・管理事項(自由記載)</b>	記載日 _____年__月__日 医師名 医療機関名	
	<b>アレルギー性結膜炎</b> (あり・なし)	<b>アレルギー性結膜炎</b> (あり・なし)	記載日 _____年__月__日 医師名 医療機関名	

この生活管理指導表は、地域独自の取り組みや現場からの意見を踏まえ、今後改善していくことを考えております。

# アレルギー聞き取り票

園長	主任	担任
印	印	印

## ◎4大アレルゲン

レベル		卵	牛乳	小麦	大豆
レベル1 最も強い	そのもの	生卵、温泉卵	牛乳、生クリーム、練乳	パン、ピザ、うどん	きな粉、枝豆、おから
レベル2 強い	加工品	ゆで卵、マヨネーズ、茶碗蒸し、プリン、カスタード、卵ボーロ	ヨーグルト、プリン、チーズ、ラクトアイス、バター、グラタン、シチュールー	餃子、しゅうまい	豆腐、豆乳、植物油、マーガリン
レベル3 やや強い	比較的多く使用	ナルト、パンケーキ、カステラ、クッキー、ケーキ、ドーナツ、ソーセージ、ハム	パンケーキ、ドーナツ、チョコレート、ハム、ソーセージ	フライなどの衣、カレールー、ホワイトソース、ねり製品	納豆
レベル4 弱い	つなぎ程度に使用	食パン、麺類、饅頭のつなぎ	食パン、焼き菓子、ビスケット、カレールー	醤油、味噌	乳化剤、レシチンなど大豆由来の添加物
レベル判定		1・2・3・4	1・2・3・4	1・2・3・4	1・2・3・4

## ◎その他のアレルゲン（すべてレベル1の扱いとします）

アレルギー アナフィラキシ  
有 無 有 無

(有・無) (有・無) そば

(有・無) (有・無) ピーナッツ

(有・無) (有・無) ごま

(有・無) (有・無) ナッツ類 (すべて・クルミ・アーモンド・その他 < >)

(有・無) (有・無) 甲殻類 (すべて・えび・カニ・その他 < >)

(有・無) (有・無) 軟体類・貝類 (すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ・その他 < >)

(有・無) (有・無) 魚卵 (すべて・イクラ・たらこ・その他 < >)

(有・無) (有・無) 魚類 (すべて・サバ・サケ・その他 < >)

(有・無) (有・無) 肉類 (鶏肉・牛肉・豚肉・その他 < >)

(有・無) (有・無) 果物類 (キウイ・バナナ・その他 < >)

(有・無) (有・無) その他 < >

本調査は児童の状況を把握するためのもので、聞き取った全てに対応できるわけではありません。  
保育園での対応は、基本的にレベル1・2については除去または提供しないものとします。  
また、レベル3・4については、つなぎ程度のものを提供するものとします。

上記の措置に同意します。

平成 年 月 日

児童名： \_\_\_\_\_

保護者名： \_\_\_\_\_

# 緊急時投薬依頼書

依頼日 平成 年 月 日

勝田あすなろ保育園長 殿

下記のように、緊急時の投薬を依頼します。

保護者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

園児名		性別	男 ・ 女
生年月日	平成 年 月 日	クラス名	
住所		電話番号	
緊急時連絡先 (勤務先、携帯等)	① (電話番号 ) ② (電話番号 ) ③ (電話番号 )		
どのような症状の時投薬しますか	主治医からの具体的な指示をお知らせください。		
投薬する薬について	薬の名称 ( ) 分量 1回につき 包 ・ 錠		
かかりつけの医療機関名・電話番号	医療機関名 : 電話番号 :		
薬の預かり期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		

\* お子様の様子を保護者の方に伝えてから、薬を服用させます。また、状況によっては医療機関への搬送を行いますので、保育園から保護者の方へ連絡がすぐとれるようにご協力をお願いします。

\* この書類に医師の処方箋(薬の説明書)のコピーを添付して、保育園に提出してください。

\* 6ヶ月を目安に、薬の確認、お預かり期間の更新を行います。