

# 幼稚園・保育所における生活管理指導表（食物アレルギー／アナフィラキシー）

名前 \_\_\_\_\_ 男・女、 平成・令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生（ \_\_\_\_\_ 歳）

\_\_\_\_\_ 幼稚園・保育園・園、 提出日：令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

この生活管理指導表は幼稚園・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。

アナフィラキシーの既往（あり・なし）、気管支喘息（あり・なし）																																																																					
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">病型・治療</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"><b>A. 食物アレルギー病型</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2">1. 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2. 即時型</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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・ _____）</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><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入）</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2">1. 食物（原因 _____）</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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・ _____）</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>C. 原因食物・症状・除去根拠</b> 該当する食物の番号に○をし、8～15は（ ）の中の該当する項目に○をするか、具体的に記入する。症状を【 】に、除去根拠を&lt;&gt;に記入する。</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">           1. 鶏卵 【 _____ 】 &lt;&gt; _____            2. 牛乳・乳製品 【 _____ 】 &lt;&gt; _____            3. 小麦 【 _____ 】 &lt;&gt; _____            4. ソバ 【 _____ 】 &lt;&gt; _____            5. ピーナッツ 【 _____ 】 &lt;&gt; _____            6. 大豆 【 _____ 】 &lt;&gt; _____            7. ゴマ 【 _____ 】 &lt;&gt; _____            8. ナッツ類（全て・カミ・アーモンド・ _____） 【 _____ 】 &lt;&gt; _____            9. 甲殻類（全て・ヒ・カ・ _____） 【 _____ 】 &lt;&gt; _____            10. 軟体類・貝類（全て・イ・タコ・ホタテ・ _____） 【 _____ 】 &lt;&gt; _____            11. 魚卵（全て・イ・ウ・タコ・ _____） 【 _____ 】 &lt;&gt; _____            12. 魚類（全て・カ・ハ・サ・ _____） 【 _____ 】 &lt;&gt; _____            13. 肉類（鶏・牛・豚・ _____） 【 _____ 】 &lt;&gt; _____            14. 果物類（キウイ・バナナ・ _____） 【 _____ 】 &lt;&gt; _____            15. その他（ _____） 【 _____ 】 &lt;&gt; _____         </td> <td style="vertical-align: top;"> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">           症状：該当するもの全てを【 】内に記入            ㊸ショック（意識もうろう、脈が触れにくい）            ㊹息がしにくい、㊺咳込み、㊻嘔吐・腹痛            ㊼じんま疹、㊽顔や脛、口唇などの腫れ            ㊾かゆみ、㊿その他         </td> <td style="padding: 5px;">           除去根拠：該当するもの全てを&lt;&gt;内に記入            ①明らかな症状の既往            ②食物負荷試験陽性            ③IgE抗体など検査結果が陽性            ④未摂取         </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>D. 緊急時に備えた処方薬</b> 処方があれば番号に○をし、1は（ ）の該当する項目に○をするか、具体的に記入する</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1. 内服薬（抗ヒスタミン薬・ステロイド薬・ _____）</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2. アドレナリン自己注射薬「エピペン® 0.15mg」</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3. その他（ _____）</td> </tr> </tbody> </table>	病型・治療		<b>A. 食物アレルギー病型</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・ _____）		<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入）</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・症状・除去根拠</b> 該当する食物の番号に○をし、8～15は（ ）の中の該当する項目に○をするか、具体的に記入する。症状を【 】に、除去根拠を<>に記入する。		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（全て・カミ・アーモンド・ _____） 【 _____ 】 <> _____ 9. 甲殻類（全て・ヒ・カ・ _____） 【 _____ 】 <> _____ 10. 軟体類・貝類（全て・イ・タコ・ホタテ・ _____） 【 _____ 】 <> _____ 11. 魚卵（全て・イ・ウ・タコ・ _____） 【 _____ 】 <> _____ 12. 魚類（全て・カ・ハ・サ・ _____） 【 _____ 】 <> _____ 13. 肉類（鶏・牛・豚・ _____） 【 _____ 】 <> _____ 14. 果物類（キウイ・バナナ・ _____） 【 _____ 】 <> _____ 15. その他（ _____） 【 _____ 】 <> _____	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">           症状：該当するもの全てを【 】内に記入            ㊸ショック（意識もうろう、脈が触れにくい）            ㊹息がしにくい、㊺咳込み、㊻嘔吐・腹痛            ㊼じんま疹、㊽顔や脛、口唇などの腫れ            ㊾かゆみ、㊿その他         </td> <td style="padding: 5px;">           除去根拠：該当するもの全てを&lt;&gt;内に記入            ①明らかな症状の既往            ②食物負荷試験陽性            ③IgE抗体など検査結果が陽性            ④未摂取         </td> </tr> </table>	症状：該当するもの全てを【 】内に記入 ㊸ショック（意識もうろう、脈が触れにくい） ㊹息がしにくい、㊺咳込み、㊻嘔吐・腹痛 ㊼じんま疹、㊽顔や脛、口唇などの腫れ ㊾かゆみ、㊿その他	除去根拠：該当するもの全てを<>内に記入 ①明らかな症状の既往 ②食物負荷試験陽性 ③IgE抗体など検査結果が陽性 ④未摂取	<b>D. 緊急時に備えた処方薬</b> 処方があれば番号に○をし、1は（ ）の該当する項目に○をするか、具体的に記入する		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（ _____）		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">幼稚園・保育所での生活上の留意点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"><b>A. 給食</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2">1. 管理不要</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2. 保護者と相談し決定</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>B. アレルギー用調整粉乳</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2">1. 不要</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2. 必要 下記該当ミルクに○をする、又は（ ）内に記入            ミルフィー・ニューMA-1            MA-mi・ベプディエット            エレメンタルフォーミュラ            その他（ _____）</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>C. 食物・食材を扱う活動</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2">1. 管理不要</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2. 保護者と相談し決定</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>D. 除去食品で摂取不可能なもの</b>            左の病型・治療のCで除去の際に摂取不可能なものに○をする</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1. 鶏卵：卵殻カルシウム</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2. 牛乳・乳製品：乳糖</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3. 小麦：醤油・酢・麦茶</td> </tr> <tr> <td colspan="2">6. 大豆：大豆油・醤油・味噌</td> </tr> <tr> <td colspan="2">7. ゴマ：ゴマ油</td> </tr> <tr> <td colspan="2">12. 魚類：かつおだし・いりこだし</td> </tr> <tr> <td colspan="2">13. 肉類：エキス</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>E. その他の配慮・管理事項（自由記入）</b></td> </tr> </tbody> </table>	幼稚園・保育所での生活上の留意点		<b>A. 給食</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○をする、又は（ ）内に記入 ミルフィー・ニューMA-1 MA-mi・ベプディエット 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. 除去食品で摂取不可能なもの</b> 左の病型・治療のCで除去の際に摂取不可能なものに○をする		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		6. 大豆：大豆油・醤油・味噌		7. ゴマ：ゴマ油		12. 魚類：かつおだし・いりこだし		13. 肉類：エキス		<b>E. その他の配慮・管理事項（自由記入）</b>	
病型・治療																																																																					
<b>A. 食物アレルギー病型</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・ _____）																																																																					
<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入）</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・症状・除去根拠</b> 該当する食物の番号に○をし、8～15は（ ）の中の該当する項目に○をするか、具体的に記入する。症状を【 】に、除去根拠を<>に記入する。																																																																					
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（全て・カミ・アーモンド・ _____） 【 _____ 】 <> _____ 9. 甲殻類（全て・ヒ・カ・ _____） 【 _____ 】 <> _____ 10. 軟体類・貝類（全て・イ・タコ・ホタテ・ _____） 【 _____ 】 <> _____ 11. 魚卵（全て・イ・ウ・タコ・ _____） 【 _____ 】 <> _____ 12. 魚類（全て・カ・ハ・サ・ _____） 【 _____ 】 <> _____ 13. 肉類（鶏・牛・豚・ _____） 【 _____ 】 <> _____ 14. 果物類（キウイ・バナナ・ _____） 【 _____ 】 <> _____ 15. その他（ _____） 【 _____ 】 <> _____	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">           症状：該当するもの全てを【 】内に記入            ㊸ショック（意識もうろう、脈が触れにくい）            ㊹息がしにくい、㊺咳込み、㊻嘔吐・腹痛            ㊼じんま疹、㊽顔や脛、口唇などの腫れ            ㊾かゆみ、㊿その他         </td> <td style="padding: 5px;">           除去根拠：該当するもの全てを&lt;&gt;内に記入            ①明らかな症状の既往            ②食物負荷試験陽性            ③IgE抗体など検査結果が陽性            ④未摂取         </td> </tr> </table>	症状：該当するもの全てを【 】内に記入 ㊸ショック（意識もうろう、脈が触れにくい） ㊹息がしにくい、㊺咳込み、㊻嘔吐・腹痛 ㊼じんま疹、㊽顔や脛、口唇などの腫れ ㊾かゆみ、㊿その他	除去根拠：該当するもの全てを<>内に記入 ①明らかな症状の既往 ②食物負荷試験陽性 ③IgE抗体など検査結果が陽性 ④未摂取																																																																		
症状：該当するもの全てを【 】内に記入 ㊸ショック（意識もうろう、脈が触れにくい） ㊹息がしにくい、㊺咳込み、㊻嘔吐・腹痛 ㊼じんま疹、㊽顔や脛、口唇などの腫れ ㊾かゆみ、㊿その他	除去根拠：該当するもの全てを<>内に記入 ①明らかな症状の既往 ②食物負荷試験陽性 ③IgE抗体など検査結果が陽性 ④未摂取																																																																				
<b>D. 緊急時に備えた処方薬</b> 処方があれば番号に○をし、1は（ ）の該当する項目に○をするか、具体的に記入する																																																																					
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（ _____）																																																																					
幼稚園・保育所での生活上の留意点																																																																					
<b>A. 給食</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○をする、又は（ ）内に記入 ミルフィー・ニューMA-1 MA-mi・ベプディエット 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. 除去食品で摂取不可能なもの</b> 左の病型・治療のCで除去の際に摂取不可能なものに○をする																																																																					
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																																																																					
6. 大豆：大豆油・醤油・味噌																																																																					
7. ゴマ：ゴマ油																																																																					
12. 魚類：かつおだし・いりこだし																																																																					
13. 肉類：エキス																																																																					
<b>E. その他の配慮・管理事項（自由記入）</b>																																																																					

緊急連絡先		記載日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
<b>★保護者</b> 電話 _____	<b>★連絡医療機関</b> 医療機関名 _____  電話 _____	医療機関名 _____  医師名 _____

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。