

様式1

(主治医)→(保育園)

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)

提出日 年 月 日

名前

男・女 平成 年 月 日生 (歳 ヶ月)

組

<p>1 病型・治療</p> <p>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) 食物アレルギーの関与する乳児性アトピー性皮膚炎 即時型 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)</p> <p>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) 食物 (原因) その他 (医薬品・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・ラテックラスアレルギー)</p> <p>C 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ < > 内に診断根拠を記載</p>		<p>2 保育所での生活上の留意点</p> <p>A 給食・離乳食 1 管理不要 2 保護者と相談し決定</p> <p>B アレルギー用調整粉乳 1 不要 2 必要 下記該当ミルクに○、又は () に記入 ミルフィーニュ・MA-1・MA-1・MA-1・mi・ペプデイエット エレメンタルフォーミュラ その他 ()</p> <p>C 食物・食材を扱う活動 1 配慮不要 2 保護者と相談し決定</p> <p>D 宿泊を伴う園外活動 1 配慮不要 2 食事やイベントの際に配慮が必要</p> <p>E 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○</p>	
<p>鶏卵 < > 牛乳・乳製品 < > 小麦 < > ソバ < > ピーナッツ < > 大豆 < > ゴマ < > ナッツ類 * < > 甲殻類 * < > 軟体類・貝類 * < > 魚卵 * < > 魚類 * < > 肉類 * < > 果物類 * < > その他 * < > *類は () の中に具体的に記載すること。</p> <p>D 緊急時に備えた処方薬 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®」) 3 その他 ()</p>		<p>★保護者 (電話)</p> <p>★連絡医療機関 (医療機関名) (電話)</p> <p>【緊急連絡先】</p> <p>除去期間および再評価の見直し 1 6ヶ月 2 12ヶ月</p> <p>記載日 年 月 日 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)