5-1-② 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） あずかりすくすくサポート用

名前（　　）男・女　生年月日（　　年　　月　　日生）（　　歳　　ヶ月）　提出日　　年　　月　　日

※この生活管理指導表は、保育園の生活において特別な配慮や管理が必要となった子供に限って、医師が作成するものです。

食物アレルギー（あり・なし）　アナフィラキシー（あり・なし）

病型・治療

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）

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・乳児消化管アレルギー ・ 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. アナフィラキシー病型

1、 食物 （原因: ）
2、 その他 （医療品 ・ 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 ・ 昆虫・動物のフケや毛 ・ その他 ）

C. 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に〇をし、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 ・ カシューナッツ ・ 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 （ ）

[除去根拠] 該当するもの全てを《》内に番号を記載
①明らかな症状の既往
②食物負荷試験陽性
③IgE抗体等検査結果陽性
④未摂取

「＊類は（ ）の中の該当する項目に〇をするか具体的に記載すること」

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（ ）

保育園での生活上の留意点

A.給食・離乳食

1、 管理不要
2、 管理必要
（管理内容については、病型・治療のC、及び下記C.Eを参照）

B. アレルギー用調整粉乳

1、 不要
2、 必要 下記該当ミルクに〇、又は（ ）内に記入
ミルフィーHP・ニューMA-1・MA-mi ・ペプディエット
エレメンタルフォーミュラ
その他（ ）

C. 除去食品においてより厳しい除去が必要な物

左記Cで除去の際に、より厳しい除去が必要となるものに〇をつける。
※本欄に〇がついた場合、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。

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

D.食物・食材を扱う活動

1. 管理不要
2. 原因食材を教材とする活動の制限（ ）
3. 調理活動時の制限（ ）
4. その他（ ）

E. 特記事項

（その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は保育園が保護者と相談のうえ決定）

緊急連絡先

連絡医療機関

電話

診断書の内容については
（3ヶ月後 6ヶ月後 12ヶ月後）に再評価が必要です。

記載日

年　　月　　日

医師名　　印

医療機関名

電話

●保育園における日常の取り組み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保育園の職員及び消防機関・医療機関等と共有することに同意しますか。

・同意する

・同意しない　　保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿