保育所における食物アレルギー・アナフィラキシー用　生活管理指導表

提出日　　年　　月　　日

氏名	性別　男・女
年　　月　　日生（　　歳　　ヶ月）	組

● 保育所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職員全員で共有することに同意しますか。　　1. 同意する　　2. 同意しない

保護者署名：

※主治医におかれましては、原則として、上記の「1.同意する」に該当する場合に本表の記入をお願いします。

記載した主治医の氏名	㊞	記載日	年　　月　　日
所属医療機関の名称			

※現在の状況および今後1年間を通じて予測される状況を記載してください。

病型・治療　※記入にあたっては保育所用ガイドラインP32～39をご参照ください。

A. 食物アレルギー病型（食物アレルギーがある場合にのみ記載してください。）

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 ・ 口腔アレルギー症状群 ・ 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（アナフィラキシーの既往がある場合のみ記載してください。）

年齢：（　　歳時）　エピペン®の使用：　有（　　歳時）

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 ・　　）

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してください。

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. 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

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®0.15mg」

3. その他（　　）

保育所での生活上の留意点　※記入にあたっては保育所用ガイドラインP40～49をご参照ください。

A. 給食 ・ 離乳食　1. 管理不要　　2. 保護者と相談し決定

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（ ）内に記入

ミルフィー ・ 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. 食物 ・ 食材を扱う活動　1. 管理不要　　2. 保護者と相談し決定

D. 除去食物の中で調理法によっては食べることのできるもの（例：ゆで卵）

緊急時連絡先　※連絡医療機関は保護者と相談のうえ記載してください。「救急車要請」と記載することも可。

★保護者　電話①　　電話②

★連絡医療機関　名称

電話

※管理指導表は症状等に変化がない場合であっても、配慮や管理が必要な間は、少なくとも毎年提出してください。

静岡県医師会子どものアレルギー疾患対策委員会（2019年1月）