

(様式1)

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

保育園 \_\_\_\_\_ 組 \_\_\_\_\_

提出日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保育園生活管理指導表

食物アレルギーアナフィラキシー(あり・なし)

病型・治療	保育園での生活上の留意点
<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>A. 給食・離乳食</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定
<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>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・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 ( _____ )
<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. うずらの卵 《 》 3. 牛乳・乳製品 《 》 4. 小麦 《 》 5. ソバ 《 》 6. ピーナッツ 《 》 7. 大豆 《 》 8. ゴマ 《 》 9. ナッツ類* 《 》 (すべて・クルミ・アーモンド・ _____) 10. 甲殻類* 《 》 (すべて・エビ・カニ・ _____) 11. 軟体類・貝類* 《 》 (すべて・イカ・タコ・ホタテ・ _____) 12. 魚卵* 《 》 (すべて・イクラ・タラコ・ししゃも _____) 13. 魚類* 《 》 (すべて・サバ・サケ・ _____) 14. 肉類* 《 》 (鶏肉・牛肉・豚肉 _____) 15. 果物類* 《 》 (キウイ・バナナ・ _____) 16. その他 《 》 ( _____ ) ※「*印」のものは ( ) の中の該当する項目に○をするか具体的に記載をお願いします。 (例) ×青背魚 ⇒ ○イワシ、サバ	<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. 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>D. 除去食品で摂取不可能なもの</b> <b>除去食品で更に、下記食品 (だしや調味料等) について除去が必要な場合にのみ○をする</b> 1. 卵殻カルシウム 6. 麦茶 2. 乳糖 7. 大豆油 3. 醤油 8. ゴマ油 4. 酢 9. いりこだし・かつおだし 5. 味噌 10. 肉類エキス  ※この欄の食品の除去が必要な場合、重篤なアレルギーと考えられますので、塩尻市ではお弁当対応を検討させていただきます。
<b>E. その他の配慮・管理事項</b> (コンタミネーション、食器類、調理器具類の共有等)	

★保護者

電話: \_\_\_\_\_

●連絡医療機関

救急隊に一任

医療機関名: \_\_\_\_\_

電話: \_\_\_\_\_

保護者記入欄【緊急時連絡先】

※必ず主治医に確認のうえ保護者が記入

記載日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医師名 \_\_\_\_\_ 印

医療機関名 \_\_\_\_\_

●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士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: \_\_\_\_\_

※太枠内は医師記入欄  
※記入例は、裏面をご覧ください

名前 塩尻 太郎

男・女

2000年0月0日生 (0歳0ヶ月)

塩尻東 保育園 すずめ1組

提出日 2000年0月0日

記入例 病型・治療 保育園での生活上の留意点

保育園生活管理指導表

食物アレルギー アナフィラキシー(あり・なし)

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)

太枠の中は、医師記入欄です。保護者の方は、記入をしないようにお願いします。

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)

- 1. 食物(原因 卵)
- 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

1. 鶏卵	《 ① ③ 》	
2. うずらの卵	《 ① 》	
3. 牛乳・乳製品	《 ② 》	
4. 小麦	《 》	
5. ソバ	《 》	
6. ピーナッツ	《 》	
7. 大豆	《 》	
8. ゴマ	《 》	
9. ナッツ類*	《 ① ③ 》	(すべて・丸ミ)
10. 甲殻類*	《 》	(すべて・エビ・カニ)
11. 軟体類・貝類*	《 》	(すべて・イカ)
12. 魚卵*	《 》	(すべて・イクラ)
13. 魚類*	《 》	(すべて・サバ)
14. 肉類*	《 》	(鶏肉・牛肉・豚肉)
15. 果物類*	《 ① ③ 》	(キウイ・バナナ・生の桃)
16. その他	《 》	( )

【除去根拠】該当するものを《 》内に記載  
① 明らかな症状の既往  
② 食物負荷試験陽性  
③ IgE抗体等検査結果陽性

\*印のついているものは、( )の中に該当する項目に○をするか、具体的に記載をお願いします。  
×青背魚 ⇒ ○イワシ、サバ

生の果物のみ除去の場合、「生の桃」のように記載をお願いします。  
加熱したものも除去する場合は、「桃」とだけ記載をお願いします。(果物類に限る)

※「\*印」のものは( )の中の該当する項目に○をするか具体的に記載をお願いします。  
(例) ×青背魚 ⇒ ○イワシ、サバ

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( )

コンタミネーション不可や食器調理器具類の共有が不可の場合、こちらに記載をお願いします。  
場合によっては、給食室での対応ができないため、お弁当持参をお願いすることがあります。

A. 給食・離乳食

- 1. 管理不要
- 2. 保護者と相談し決定

どちらかに○をお願いします。

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  
ミルフィー・ニューMA-1・MA  
エレメンタルフォーミュラ  
その他( )

乳児で粉乳が必要な場合はどちらかに○をしてください。2.に○がついた場合はミルク名に○、もしくは具体的なミルクの名前を記載してください。

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

どちらかに○をお願いします。

D. 除去食品で摂取不可能なもの

除去食品で更に、下記食品(だしや調味料等)について除去が必要な場合にのみ○をする

- |            |        |
|------------|--------|
| 1. 卵殻カルシウム | 6. 麦茶  |
| 2. 乳糖      | 7. 大豆油 |
| 3. 醤油      | 8. コシ油 |
| 4. 酢       | 9. いり  |
| 5. 味噌      | 10. 肉類 |

※この欄の食品の除去が必要な場合、重篤考えられますので、塩尻市ではお弁当対応いただきます。

E. その他の配慮・管理事項

(コンタミネーション、食器類、調理器具類)

※D欄に○がある場合は、重篤なアレルギーと考えられますので、塩尻市ではお弁当の対応を検討します。

おける日常の取り組み及び緊急時の対応に活用

- 1. 同意する
- 2. 同意しない

保護者署名: 塩尻 次郎

員で共有することに同意しますか。

★保護者  
電話: 000-000-  
●連絡医療機関  
 救急隊に一任  
医療機関名:  
電話:

※必ず主治医に確認のうえ保護者が記入

ご確認ください

ここに挙げられている食品はアレルギータンパク質の含有量が少ないか、発酵などによりアレルギー性が幾分低下しているために、該当食品に対するアレルギーがあってもよほど重症でなければ多くの場合に摂取可能なものが列記されています。本来は除去する必要がありませんので**摂取不可能な場合にだけ**主治医がチェックするようになっています。  
引用: ぜんそく予防のためのよくわかる 食物アレルギー対応ガイドブック

※太枠内は医師記入欄