

(様式1)

保育園生活管理指導表

名前 _____ 男・女 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳 _____ か月) _____ 保育園 _____ 組 提出日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病型・治療		保育園での生活上の留意点	
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： _____）		A. 給食・離乳食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	
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 _____） 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. 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. 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 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		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. 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。	
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（ _____）		E. その他の配慮・管理事項 （コンタミネーション、食器類、調理器具類の共有等）	

●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： _____

保護者記入欄 【緊急時連絡先】	★保護者	※必ず主治医に確認のうえ保護者が記入
	電話： _____	
	●連絡医療機関	
	☐ 救急隊に一任	
	医療機関名： _____	
	電話： _____	

記載日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
医師名	_____ 印
医療機関名	_____

※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

令和〇〇年〇月〇日生 (〇歳〇か月)

塩尻東 保育園 すずめ1 組

提出日 令和〇年〇月〇日

記入例

病型・治療

保育園での生活上の留意点

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
2. 即時型
3. その他（新生児消化器症状・口腔
食物依存性運動誘発アナ

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 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 《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》
10 甲殻類＊ 《 》
11 軟体類・貝類＊ 《 》
12 魚卵＊ 《 》
13 魚類＊ 《 》
14 肉類＊ 《 》
15 果物類＊ 《①・③》
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
当する項目に〇をするか、具体的に記
載をお願いします。
×青背魚 ⇒ 〇イワシ、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)

生の桃

※「*印」のものは()の中の該当する項目に〇をするか具体的に記載をお願いします。

(例) ×青背魚 ⇒ 〇イワシ、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

どちらかに〇をお願いします。

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
はどちらかに〇をしてくだ
さい。2.に〇がついた場
合はミルク名に〇、もし
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

どちらかに〇をお願いします。

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〇をする

- 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. 肉類工

※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

※D欄に〇がある場合は、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。

ご確認ください

ここに挙げられている食品はアレルゲンタンパク質
の含有量が少ないか、発酵などによりアレルゲン
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

★保護者

電話：
〇〇〇-〇〇〇-

●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

員で共有することに同意しますか。

※太枠内は医師記入欄

どちらかに〇をお願いします。

保護者署名： 塩尻 次郎