

(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フィラキシー)

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》(すべて・クルミ)

10.甲殻類*《》(すべて・エビ・カニ)

11.軟体類・貝類*《》(すべて・イカ・タコ)

12.魚卵*《》(すべて・イクラ)

13.魚類*《》(すべて・サバ・イサナ)

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)

※「*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(

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

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

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(

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〇をする

1.卵殻カルシウム

2.乳糖

3.醤油

4.酢

5.味噌

6.麦茶

7.大豆油

8.ごま油

9.いり

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

員で共有することに同意しますか。

★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

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

※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。