

保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表（食物アレルギー用）

*保護者記入欄

①児童氏名：_____（男・女） ②生年月日：平成 年 月 日
 ③年 齢：満 歳 ヶ月 ④施設名：_____保育所_____組

*以下医療機関記入欄

病型・治療	保育所での生活上の留意点
A.食物アレルギーの病型 1. 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎 2. 即時型食物アレルギー 3. その他（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： _____）	A.給食・離乳食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B.食物・食材・容器を扱う活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定
B.アナフィラキシーの既往 1. 無し 2. 有り（原因： _____）	C.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・mi ・ペプディエット ・エレメンタルフォーミュラ ・その他（ _____）
C.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「エピペン®0,15mg」 3. その他（ _____）	
D.原因食物・除去根拠 ※該当する食品の番号に○をし、かつ（ ）内に該当する除去根拠を記載 1. 鶏卵 [] 12. 豚肉 [] 2. 牛乳・乳製品 [] 13. 大豆 [] 3. 小麦 [] 14. ごま [] 4. ピーナッツ [] 15. がやナッツ [] 5. えび [] 16. バナナ [] 6. かに [] 17. りんご [] 7. いか [] 18. もも [] 8. さけ [] 19. やまいも [] 9. さば [] 20. ゼラチン [] 10. 牛肉 [] 21. その他 _____ [] _____ [] 11. 鶏肉 [] _____ [] _____ []	
E. その他特記事項	記載日：平成 年 月 日 医師名： 医療機関名：

※除去根拠
 下記の除去根拠の中から該当する番号全てを<>内に記載
 ①明らかな症状の既往
 ②食物負荷試験陽性
 ③I g E抗体等検査結果陽性
 ④未摂取