

様式1

伊那市保育園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・アナフィラキシー)

(あて先) \_\_\_\_\_ 保育園長

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

病院・医院名 \_\_\_\_\_

主治医氏名 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_

食物アレルギー( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ) アナフィラキシー( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし )			
<b>病型・治療</b>	<b>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) 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・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. 管理必要 (管理内容については、病型・治療のC欄 及び下記D・E欄を参照)		
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・昆虫・動物のフケや毛 }	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HP・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 *は( )の中の該当する項目に○をするか具体的に記載すること <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 30%; vertical-align: top;">                     1. 鶏卵: &lt; _____ &gt;                      2. 牛乳・乳製品: &lt; _____ &gt;                      3. 小麦: &lt; _____ &gt;                      4. ソバ: &lt; _____ &gt;                      5. ピーナッツ: &lt; _____ &gt;                      6. 大豆: &lt; _____ &gt;                      7. ゴマ: &lt; _____ &gt;                      8. ナッツ類*: &lt; _____ &gt;                      9. 甲殻類*: &lt; _____ &gt;                      10. 軟体類・貝類*: &lt; _____ &gt;                      11. 魚卵: &lt; _____ &gt;                      12. 魚類*: &lt; _____ &gt;                      13. 肉類*: &lt; _____ &gt;                      14. 果物類*: &lt; _____ &gt;                      15. その他: &lt; _____ &gt;                 </td> <td style="width: 70%; vertical-align: top; padding: 5px;">                     [除去根拠]該当するものを                      &lt; &gt; 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                 </td> </tr> </table>	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. ゴマ: < _____ > 8. ナッツ類*: < _____ > 9. 甲殻類*: < _____ > 10. 軟体類・貝類*: < _____ > 11. 魚卵: < _____ > 12. 魚類*: < _____ > 13. 肉類*: < _____ > 14. 果物類*: < _____ > 15. その他: < _____ >	[除去根拠]該当するものを < > 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	C. 食物・食材を扱う活動 1. 管理不要 2. 原因食材を教材とする活動の制限 3. 調理活動時の制限 4. その他( _____ )
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. ゴマ: < _____ > 8. ナッツ類*: < _____ > 9. 甲殻類*: < _____ > 10. 軟体類・貝類*: < _____ > 11. 魚卵: < _____ > 12. 魚類*: < _____ > 13. 肉類*: < _____ > 14. 果物類*: < _____ > 15. その他: < _____ >	[除去根拠]該当するものを < > 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®」 3. その他( _____ )	D. 除去食品においてより厳しい除去が 必要なもの 病型・治療のCで除去の際に より厳しい除去が必要なものみに○をつける ※本欄に○がついた場合、給食対応が困難となる場合があります。 1. 鶏卵: 卵殻カルシウム 2. 牛乳・乳製品: 乳糖 3. 小麦: 醤油・酢・麦茶 5. 大豆: 大豆油・醤油・味噌 7. ゴマ: ゴマ油 12. 魚類: かつおだし・いりこだし 13. 肉類: エキス		
E. その他の配慮・管理事項			

(保護者記入欄)

上記のとおり保育園での対応を依頼します。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

住所 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_