

船橋ハーモニー保育園 保育所等における食物アレルギー疾患生活管理指導表
【 新規・継続・変更・解除 】

記載日: 令和 年 月 日

名前 _____ (男 ・ 女) _____ 年 月 日生 (歳 ヵ月)

※該当項目に☑をつけてください

A. 診断名 <hr/>	アナフィラキシーの既往 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
B: 食物アレルギー病型 <hr/> <input type="checkbox"/> 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 即時型 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 新生児消化器症状 <input type="checkbox"/> 口腔アレルギー症候群 <input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー <input type="checkbox"/> その他()	C: アナフィラキシー病型 * アナフィラキシー既往がある場合のみ記載してください <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> その他 * 原因 () * その際の症状 ()
D: 原因食物及び診断方法 a: 明らかな症状の既往 b: 食物負荷試験陽性 c: IgE抗体等検査結果陽性 d: 未摂取 * 原因食物と診断方法の該当するものについて☑を入れてください * ナッツ類・甲殻類・その他は食物の詳細を記載してください	E: 微量アレルゲンの摂取不可能なもの * 摂取不可のものに☑を入れてください * ☑のつかないものについては摂取可能な食物として提供されます * その他摂取できないものについて()にすべて記載してください <small>※本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した料理に関しては、給食対応が困難となる場合があります。</small>
<input type="checkbox"/> 鶏卵(加熱) 【 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d】 <input type="checkbox"/> 鶏卵(非加熱) 【 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d】 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 【 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d】 <input type="checkbox"/> 小麦 【 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d】 <input type="checkbox"/> 大豆 【 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d】 <input type="checkbox"/> ゴマ 【 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d】 <input type="checkbox"/> ピーナツ 【 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d】 <input type="checkbox"/> ナッツ類 【 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d】 () <input type="checkbox"/> 甲殻類 【 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d】 () <input type="checkbox"/> その他 【 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d】 ()	<input type="checkbox"/> 鶏卵 (卵殻カルシウム) <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 (乳糖) <input type="checkbox"/> 小麦 (醤油 麦茶 酢) <input type="checkbox"/> 大豆 (醤油 味噌 大豆油) <input type="checkbox"/> ゴマ (ゴマ油) <input type="checkbox"/> 魚類 (かつおだし いりこだし さばぶし) <input type="checkbox"/> 肉類 (エキス) <input type="checkbox"/> その他 ()
G: その他の配慮事項・管理事項 (コンタミネーション等。 ※製造ラインも不可の場合は、必ず記入をお願いします。)	F: 緊急時に備えた処方薬 <input type="checkbox"/> 内服薬(ステロイド薬等) () <input type="checkbox"/> その他:()
H: 除去期間及び再評価の見通し <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> 1、 6ヵ月後 2、 1年後 </div>	

船橋ハーモニー保育園 保育所等における食物アレルギー疾患生活管理指導表

気管支ぜんそく <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ありの場合は右表記入)	コントロール状態・治療		保育所での生活上の留意点	
	A. 症状のコントロール状態		D. 寝具に関する留意点	
	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 比較的良好 <input type="checkbox"/> 不良		<input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 防ダニシーツ等の使用 <input type="checkbox"/> その他の管理が必要()	
	B. 長期管理薬(短期追加治療薬を含む)		E. 動物との接触	
<input type="checkbox"/> ステロイド吸入薬 <input type="checkbox"/> ロイコトリエン受容体拮抗薬 <input type="checkbox"/> DSCG吸入薬 <input type="checkbox"/> ベータ刺激薬(内服) (貼付薬) <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 動物への反応が強いため不可 動物名() <input type="checkbox"/> 飼育活動等の制限		
C. 急性発作治療薬		F. 外遊び、運動に対する配慮		
<input type="checkbox"/> ベータ刺激薬吸入 <input type="checkbox"/> ベータ刺激薬内服 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 管理必要 (管理内容:)		
		G. 特記事項		
アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ありの場合は右表記入)	重症度・治療		保育所での生活上の留意点	
	A. 重症度の目安(厚生労働科学研究班)		D. プール・水遊び及び長時間の紫外線下での活動	
	<input type="checkbox"/> 軽 症:面積に関わらず、軽度の皮疹がみられる <input type="checkbox"/> 中等度:強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満にみられる <input type="checkbox"/> 重 症:強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上30%未満にみられる <input type="checkbox"/> 最重症:強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上にみられる ※軽度の皮疹:軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変 ※強い炎症を伴う皮疹:紅斑、びらん、浸潤、苔癬などを伴う病変		<input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 管理必要()	
	B-1. 常用する外用薬	B-2. 常用する内服薬	E. 動物との接触	
<input type="checkbox"/> ステロイド軟膏 <input type="checkbox"/> タクロリムス(プロトピック) <input type="checkbox"/> 保湿剤 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 抗ヒスタミン薬 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 動物への反応が強いため不可 動物名() <input type="checkbox"/> 飼育活動等の制限() <input type="checkbox"/> その他()		
		F. 特記事項		
その他の病型及び留意点等(緊急発作時の対応)				
医師名		医療機関名		
印				