

〈平成 年度〉食物アレルギー生活管理指導表

クラス _____ 氏名 _____ 男・女 平成 年 月 日生 _____ 歳 _____ ヶ月

アナフィラキシー(あり・ない) 食物アレルギー(あり・ない)	病 型・治 療	保育園での生活上の留意点	★保護者 電話: ★連絡医療機関 医療機関名 電話: カルテ№: 〔緊急連絡先〕保護者記入 記載日 年 月 日 医師名 ⑩ 医療機関名
	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(医療品・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 牛乳・乳製品 《 》 3 小麦 《 》 4 ソバ 《 》 5 ピーナツ 《 》 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 《 》	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	
	[除去根拠]該当するものすべてを《 》内に番号を記載 ①明らかな症状の既往 ②食物負可試験陽性 ③IgE抗体等検査結果陽性 ④未摂取 (すべて・クルミ・アーモンド・) (すべて・エビ・カニ・) (すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ・) (すべて・イクラ・タラコ・シシャモ・) (すべて・サバ・サケ・) (鶏肉・牛肉・豚肉・) (キウイ・バナナ・)	D. 除去食品で摂取不可能なものに○ 病型・治療のCで除去の際に摂取不可能なものに○ 鶏卵: 卵殻カルシウム 牛乳・乳製品: 乳糖 小麦: 醤油・酢・麦茶 大豆: 大豆油・醤油・味噌 ゴマ: ゴマ油 魚類: かつおだし・いりこだし 肉類: エキス	
	D. 緊急時に備えた処方薬 1 注射薬(薬剤名:) 2 内服薬(薬剤名:) 〈使用の目安〉	E. その他の配慮・管理事項	

●保護者の方へ

保育園における日常の取組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職員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: _____