

食物アレルギー保育園生活管理指導表

ひめゆり保育園

乳幼児氏名 _____ 男・女 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生(_____ 歳) クラス名(_____ 組) 提出日:平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

	病型・治療	保育園生活上の留意点	【緊急連絡先】
食物アレルギー あり・なし	A. 食物アレルギー病型 1 即時型 2 口腔アレルギー症状 3 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 4 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎	A. 午前補食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し、決定 B. 午後補食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し、決定	☆保護者 電話 ()
	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 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3 運動誘発アナフィラキシー 4 昆虫 5 医薬品 6 その他(_____)	C. 給食(昼食) 1. 管理不要 2. 保護者と相談し、決定 D. 食物・食材を扱う活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し、決定	☆連絡医療機関 医療機関名
	C. 原因食物・診断根拠 1 鶏卵 《 》 2 牛乳 《 》 3 小麦 《 》 4 ソバ 《 》 5 ピーナッツ 《 》 6 種実類・木の実類 《 》 () 7 甲殻類(エビ・カニ) 《 》 8 果実類 《 》 () 9 魚類 《 》 () 10肉類 《 》 () 11その他1 《 》 () 12その他2 《 》 ()	E. その他の配慮・管理事項 (自由記載)	電話 ()
	『診断根拠』該当するもの全てを《 》内に記載 ①明らかな症状の既往 ②食物負荷試験陽性 ③IgE抗体等検査結果陽性		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	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(_____)		医師名
			医療機関名

●保護者の方へ

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為、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 : _____