

園児名

男・女

年 月 日生

園名 ()

初回提出日 年 月 日

園児生活管理指導表 (アレルギー疾患用)

食物アレルギー (あり・なし) アナフィラキシー (あり・なし)

病型・治療

園生活上の留意点

★保護者

電話:

★連絡医療機関

医療機関名:
電話:

記載日 年 月 日

医療名 印

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. 即時型
2. 口腔アレルギー症候群
3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー

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. 原因食物・診断根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ () 内に診断根拠を記載

- 1. 鶏卵 < >
2. 牛乳・乳製品 < >
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. 果物類 < >
9. 魚類 < > ()
10. 肉類 < > ()
11. その他1 < > ()
12. その他2 < > ()

【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
④繰り返すことがない

A. 給食

- 1. 管理不要
2. 保護者と相談し決定

B. 食物・食材を扱う授業・活動

- 1. 配慮不要
2. 保護者と相談し決定

C. 運動 (体育・部活動等)

- 1. 管理不要
2. 保護者と相談し決定

D. 宿泊を伴う郊外活動

- 1. 配慮不要
2. 食事やイベントの際に配慮が必要

E. その他の配慮・管理事項 (自由記載)

Table with 3 columns: 確認日, 医師名, 捺印. Rows for dates from year-month-day to year-month-day.

D. 緊急時に備えた処方薬

- 1. 内服薬: 抗ヒスタミン薬 (商品名:)
2. 内服薬: ステロイド薬 (商品名:)
3. 内服薬: 気管支拡張薬 (商品名:)
4. 吸入薬: 気管支拡張薬 (商品名:)
5. アドレナリン自己注射薬 (商品名: エピペン)
6. その他 (商品名:)

アナフィラキシー時は緊急時連絡医療機関への連絡よりも、エピペン®投与や救急車要請を優先してください。

●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: _____

大分県版