

保育園におけるアレルギー疾患生活管理指導表(気管支喘息・アトピー性皮膚炎・アレルギー性結膜炎)

名前 _____ 男・女 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳) _____ 光ヶ丘保育園 _____ 組 提出日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病型・治療		保育園での生活上の留意点		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>★保護者 電話： _____</p> <p>★連絡医療機関 医療機関名： _____</p> <p>電話： _____</p> </div>	
気管支ぜん息 (あり・なし)	A. 重症度分類 (発作型) 1. 間欠型 2. 軽症持続型 3. 中等症持続型 4. 重症持続型	C. 急性発作治療薬 1. ベータ刺激薬吸入 2. ベータ刺激薬内服	A. 寝具に関する留意点 1. 配慮不要 (通常管理のみ) 2. 防ダニシーツ等の使用 3. 保護者と相談		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ (印) 医療機関名 _____
	B-1. 長期管理薬 (吸入薬) 1. ステロイド吸入薬 2. 長時間作用性吸入ベータ刺激薬 3. 吸入抗アレルギー薬 (「インタール®」) 4. その他 (_____)	D. 急性発作時の対応 (自由記載) _____ _____ _____	B. 動物との接触 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名 (_____)		
	B-2. 長期管理薬 (内服薬・貼付薬) 1. テオフィリン徐放製剤 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 3. ベータ刺激内服薬・貼付薬 4. その他 (_____)		C. 食物に関する留意点 1. 配慮不要 2. 食物アレルギー管理指導表参照		
			D. 外遊び、運動に対する配慮 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定		
アトピー性皮膚炎 (あり・なし)	病型・治療		保育園での生活上の留意点		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ (印) 医療機関名 _____
	A. 重症度のめやす (厚生労働科学研究班) 1. 軽症：面積に関わらず、軽度の皮疹のみみられる。 2. 中等症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満にみられる。 3. 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。 4. 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。 <small>*軽度の皮疹：軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変</small> <small>*強い炎症を伴う皮疹：紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変</small>		A. プール指導及び長時間の紫外線下での活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	C. 発汗後 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. (園内施設で可能な場合) 夏季シャワー浴	
	B-1. 常用する外用薬 1. ステロイド軟膏 2. タクロリムス軟膏 (「プロトピック®」) 3. 保湿剤 4. その他 (_____)	B-2. 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他 (_____)	C. 食物アレルギーの合併 1. あり 2. なし	D. その他の配慮・管理事項 (自由記載) _____ _____	
			B. 動物との接触 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名 (_____)		
アレルギー性結膜炎 (あり・なし)	病型・治療		保育園での生活上の留意点		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ (印) 医療機関名 _____
	A. 病型 1. 通年性アレルギー性結膜炎 2. 季節性アレルギー性結膜炎 (花粉症) 3. 春季カタル 4. アトピー性角結膜炎 5. その他 (_____)		A. プール指導 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. プールへの入水不可		
	B. 治療 1. 抗アレルギー点眼薬 2. ステロイド点眼薬 3. 免疫抑制点眼薬 4. その他 (_____)		B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定		
			C. その他の配慮・管理事項 (自由記載) _____ _____		

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・アレルギー性鼻炎)

名前 _____ 男・女 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳) 光ヶ丘保育園 _____ 組 提出日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

アナフィラキシー 食物アレルギー (あり・なし)	病型・治療	保育園生活上の留意点	【緊急時連絡先】 ★保護者 電話： ★連絡医療機関 医療機関名： 電話：	
	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. 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. ラテックスアレルギー 5. 医薬品 6. その他	B. アレルギー性調整粉乳 1. 不要 2. 必要 下記該当シテ○、又は()内に記入 シルフィー・ニューMA-1・MA-mi・ハップディット エルメックフォーミラ 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 《 》 6. 大豆《 》 2. 牛乳・乳製品 《 》 7. ゴマ《 》 3. 小麦 《 》 4. ソバ 《 》 5. ピーナッツ 《 》 8. ナッツ類 《 》 (すべて・クルミ・アーモンド・) 9. 軟体類・貝類《 》 (すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ・) 10. 甲殻類 《 》 (すべて・エビ・カニ・) 11. 魚類 《 》 (すべて・サバ・サケ・) 12. 肉類 《 》 (鶏肉・牛肉・豚肉・) 13. 果物類 《 》 (キウイ・バナナ・) 14. その他 《 》 ()	C. 食物・食材を扱う活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定		
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®」0.15mg) 3. その他()	D. 除去食品で摂取不可能なもの 病型・治療のCで除去の際に摂取不可能なものに○ 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 6. 大豆 : 大豆油・醤油・味噌 7. ゴマ : ゴマ油 11. 魚類 : かつおだし・いりこだし 12. 肉類 : エキス			
		記載日	年 月 日	
		医師名	(印)	
		医療機関名		
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)	病型・治療	保育園生活上の留意点	記載日 年 月 日	
	A. 病型 1. 通年性アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎(花粉症) 主な症状の時期: 春、夏、秋、冬	A. 屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	医師名	(印)
	B. 治療 1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬(内服) 2. 鼻噴霧用ステロイド薬 3. その他()	B. その他の配慮・管理事項(自由記載)	医療機関名	

この生活管理指導表は、保育園の生活において特別な配慮や管理が必要となった場合に限り作成するものです。