

医療機関→保育所

| | |
|-------|-------|
| 保育施設名 | 明星保育園 |
|-------|-------|

保育所生活管理指導表 (食物アレルギー除去食指示書)

(園児氏名) _____ 男・女 (生年月日) _____ 年 月 日 (歳 か月)

| | | |
|--|---|--|
| 病型・治療 | * アナフィラキシーの既往 (ある ・ なし) | |
| | A,食物アレルギー病型 (食物アレルギーのある場合のみ記載) 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・乳児消化管症状、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、他 _____) | |
| | B,アナフィラキシー病型 (アナフィラキシー既往のある場合のみ記載) 1. 食物 2. その他 (医薬品、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、昆虫や動物) | |
| | C,原因食品・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. ピーナッツ 《 》 6. 大豆 《 》 7. ゴマ 《 》 8. ナッツ類* 《 》 (すべて、クルミ、カシューナッツ、アーモンド、) 9. 甲殻類* 《 》 (すべて、エビ、カニ、) 10. 軟体類・貝類* 《 》 (すべて、イカ、タコ、ホタテ、アサリ、) 11. 魚卵* 《 》 (すべて、イクラ、タラコ、) 12. 魚類* 《 》 (すべて、サバ、サケ、) 13. 肉類* 《 》 (鶏肉、牛肉、豚肉) 14. 果物類* 《 》 (パイナップル、バナナ、スイカ、モモ、リンゴ、) 15. その他 《 》 (_____) ※のついているものは () の中の該当する項目に○をするか具体的に記載する | |
| | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 【除去根拠】 該当する全てを《 》内に番号記載 ① 明らかな症状の既往 ② 食物負荷試験陽性 ③ IgE抗体等検査結果陽性 ④ 未摂取 </div> | |
| D,Cに該当する除去食品においてより厳しい除去が必要なもの 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 4. 大 豆：大豆油、醤油、味噌 5. ゴ マ：ゴマ油 6. 魚 類：かつおだし、いりこだし 7. 肉 類：エキス | | |

| | | |
|----------|--|---|
| 保育所での留意点 | E,給食・離乳食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 | H,緊急時に備えた処方薬 1. 内服薬 (抗ヒスタミン、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 (_____) |
| | F,食物・食材を扱う活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 | |
| | G,アレルギー用調整粉乳 1. 不要 2. 必要 (ミルフィー、ニューMA-1、MA-mi、パプディエット、Ilmofalfoamir、他 _____) | 特記事項 |
| | | この指示書の有効期間 _____ 年 _____ 月 まで |

※E～Fの保護者との相談内容については保護者と保育所が面談のうえ決定します

| | | | | |
|-------|----------------|---------|---|-----|
| 緊急連絡先 | ★連絡医療機関 | | | |
| | 医療機関名 | (記入日) | 年 | 月 日 |
| | 電話 | (医療機関名) | | |
| | | (医師名) | | 印 |