

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)

園名					
クラス名	くみ	園児名	性別	男・女	
生年月日	平成 年 月 日生	才	か月)		

【食物アレルギーの病型と治療】

1、食物アレルギー有無 (有・無)

A、食物アレルギー病型(○をつけて下さい)

<input type="checkbox"/>	食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎
<input type="checkbox"/>	即時型
<input type="checkbox"/>	新生児消化器症状
<input type="checkbox"/>	口腔アレルギー症候群
<input type="checkbox"/>	食物依存性運動誘発アナフィラキシー
<input type="checkbox"/>	ラテックスアレルギー
<input type="checkbox"/>	その他( )

B、原因食物・・・右記の「食物アレルギー検査結果」にご記入下さい

C、除去根拠(○をつけて下さい)

<input type="checkbox"/>	明らかな症状の既往
<input type="checkbox"/>	食物負荷試験陽性
<input type="checkbox"/>	IgE抗体等検査結果陽性
<input type="checkbox"/>	未摂取

2、アナフィラキシーの既往歴 (有・無)

A、発症年月日：平成 年 月 日 歳ごろ

B、アナフィラキシー病型(○をつけて下さい)

<input type="checkbox"/>	食物(原因: )
<input type="checkbox"/>	医薬品
<input type="checkbox"/>	食物依存性運動誘発アナフィラキシー
<input type="checkbox"/>	ラテックスアレルギー
<input type="checkbox"/>	その他( )

C、緊急時に備えた処方箋

内服薬 (抗ヒスタミン薬 ・ ステロイド )  
 アドレナリン自己注射薬 (エピペン mg)  
 その他( )

3、治療投薬について

- ①内服薬 (有・無 薬名( ))
- ②外用薬 (有・無 薬名( ))
- ③その他( )

【園での生活上の注意】

1、食物・食材を扱う活動

- ①管理不要
- ②保護者と相談して決定

2、その他の配慮・管理項目

提出日	平成 年 月 日	園記入欄	担任	主幹保育教諭	園長	厨房責任者	栄養士
			印	印	印	印	印

食物アレルギー検査結果

《食材除去指示表》

除去するものにシ印をつけて下さい。

※製造ラインにシ印が表示されている場合、お弁当対応になる可能性があります。

除去するもの	
卵	<input type="checkbox"/> 卵を用いた料理 <input type="checkbox"/> つなぎ卵を用いた料理 <input type="checkbox"/> マヨネーズ <input type="checkbox"/> 魚の卵を用いた料理(主にちりめんじゃこ・いりこ) <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 製造ライン(コンタミネーション)
乳	<input type="checkbox"/> 牛乳・粉ミルク <input type="checkbox"/> 乳製品 <input type="checkbox"/> 牛乳を用いた調味料 <input type="checkbox"/> 牛乳や脱脂粉乳を用いた料理 <input type="checkbox"/> 牛乳や脱脂粉乳を用いた菓子・食品 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 製造ライン(コンタミネーション)
大豆	<input type="checkbox"/> 大豆油 <input type="checkbox"/> 大豆加工品・大豆製品 <input type="checkbox"/> 豆類一般 <input type="checkbox"/> 大豆を用いた調味料 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 製造ライン(コンタミネーション)
小麦	<input type="checkbox"/> 小麦粉 <input type="checkbox"/> 小麦加工品 <input type="checkbox"/> 小麦を用いた料理 <input type="checkbox"/> 小麦を用いた菓子 <input type="checkbox"/> 小麦を用いた調味料 <input type="checkbox"/> 麦茶 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 製造ライン(コンタミネーション)
肉類	<input type="checkbox"/> 鶏肉 <input type="checkbox"/> 豚肉 <input type="checkbox"/> 牛肉 <input type="checkbox"/> 鶏肉を用いたエキス <input type="checkbox"/> 豚肉を用いたエキス <input type="checkbox"/> 牛肉を用いたエキス <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 製造ライン(コンタミネーション)
魚介類	<input type="checkbox"/> 青魚(さば・さわら・いわし・あじ・さんま・ぶり) <input type="checkbox"/> 鮭 <input type="checkbox"/> イカ <input type="checkbox"/> ちりめんじゃこ <input type="checkbox"/> ツナ缶 <input type="checkbox"/> 練り物 <input type="checkbox"/> 白身魚(ホキ・タラ・カレイ・赤魚) <input type="checkbox"/> 魚介を用いたエキス <input type="checkbox"/> 魚介を用いたダシ <input type="checkbox"/> かつお節 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 製造ライン(コンタミネーション)
甲殻類	<input type="checkbox"/> エビ食品 <input type="checkbox"/> カニ食品 <input type="checkbox"/> エビエキス <input type="checkbox"/> カニエキス <input type="checkbox"/> ちりめんじゃこ(エビ・カニ混入の恐れ) <input type="checkbox"/> 甲殻類エキス <input type="checkbox"/> 軟体類・貝類エキス <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 製造ライン(コンタミネーション)
種実類	<input type="checkbox"/> ピーナツ <input type="checkbox"/> チョコレート <input type="checkbox"/> アーモンド <input type="checkbox"/> ココナッツ <input type="checkbox"/> ココア <input type="checkbox"/> ごま <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 製造ライン(コンタミネーション)
果物	<input type="checkbox"/> キウイ <input type="checkbox"/> バナナ <input type="checkbox"/> みかん <input type="checkbox"/> りんご <input type="checkbox"/> パイナップル <input type="checkbox"/> もも <input type="checkbox"/> メロン <input type="checkbox"/> その他( )
穀類	<input type="checkbox"/> 米 <input type="checkbox"/> もち米 <input type="checkbox"/> 白玉粉 <input type="checkbox"/> 片栗粉 <input type="checkbox"/> そば粉 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 製造ライン(コンタミネーション)
いも類	<input type="checkbox"/> じゃが芋 <input type="checkbox"/> さつまい芋 <input type="checkbox"/> 里芋 <input type="checkbox"/> 長芋 <input type="checkbox"/> その他( )

特記事項

※上記、その他にチェックがある場合は詳細をお願いします。

上記の通り診断します。

平成 年 月 日

担当医師 氏名 印  
 施設名称  
 住所  
 電話番号

\* 担当医様御机下 詳しい内容をさらにお聞きしたい場合は直接ご連絡させて頂く場合もございます。宜しくお願い致します。