

保護者記入⇒保育所原本保存・主治医へコピー持参

記入日：平成 年 月 日

## 家庭における食物摂取状況

( 保育所) 児童名 \_\_\_\_\_

★現在、除去している食材名に○をつけてください。

食材名	加工品の表示・原材料
・鶏卵	卵殻カルシウム
・マヨネーズ	
・牛乳	乳糖
・小麦	麦茶
・そば	
・ピーナッツ	
・大豆	大豆油
・ゴマ	ゴマ油
・(種実類) クルミ・アーモンド	
・(甲殻類) エビ・カニ	エキス
・(軟体類・貝類) イカ・タコ・貝柱	エキス
・(魚卵) タラコ・イクラ	エキス
・(魚類) カサガイ・真鯛・真たら・しらす干し・さば・ぶり さけ・きす・すずき・わかさぎ・さわら・いわし あじ・かつお・さんま・まぐろ	エキス・かつおだし
・(肉類) 鶏肉・牛肉・豚肉	エキス・ゼラチン
・(果物類) りんご・オレンジ・いよかん・みかん・夏みかん レモン・いちご・バナナ・スイカ・梨・ぶどう メロン・かき・キウイ・桃・パイナップル	
・みそ・しょうゆ・酢・酒・みりん	
・その他 ( )	

必要時、主治医へ連絡することに同意します。

医療機関名 \_\_\_\_\_

保護者名 \_\_\_\_\_ 印又はサイン

# 記入マニュアル

保護者記入⇒保育所原本保存・主治医へコピー持参

記入日：平成 年 月 日

## 家庭における食物摂取状況

( 保育所 ) 児童名 \_\_\_\_\_

★現在、除去している食材名に○をつけてください。

食材名	加工品の表示・原材料
・鶏卵	卵殻カルシウム
・マヨネーズ	
・牛乳	乳糖
・小麦	麦茶
・そば	
・ピーナッツ	
・大豆	大豆油
・ゴマ	ゴマ油
・(種実類) クルミ・アーモンド	
・(甲殻類) エビ・カニ	エキス
・(軟体類・貝類) イカ・タコ・貝柱	エキス
・(魚卵) タラコ・イクラ	エキス
・(魚類) カサガイ・真鯛・真たら・しらす干し・さば・ぶり さけ・きす・すずき・わかさぎ・さわら・いわし あじ・かつお・さんま・まぐろ	エキス・かつおだし
・(肉類) 鶏肉・牛肉・豚肉	エキス・ゼラチン
・(果物類) りんご・オレンジ・いよかん・みかん・夏みかん レモン・いちご・バナナ・スイカ・梨・ぶどう メロン・かき・キウイ・桃・パイナップル	
・みそ・しょうゆ・酢・酒・みりん	
・(その他) ( )	

乳製品除去も  
○を記入

肉類は卵・牛乳と  
別分類です

もやしや枝豆等は  
その他に記入

必要時、主治医へ連絡することに同意します。

医療機関名 \_\_\_\_\_

保護者名 \_\_\_\_\_ 印又はサイン

保育所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)

施設名：	氏名：	男・女	平成	年	月	日生	歳	か月
<b>1. 食物アレルギー</b> ・あり ⇒ 1. 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎 2. 即時型食物アレルギー 3. その他 [ ] ・なし								
<b>2. アナフィラキシー</b> (右表の2つ以上の症状を同時に伴ったことがある場合にご記入ください) ・あり ⇒ いつ頃、何を食べて、どのような症状がでたのか [ ] ・なし								
<b>3. 原因食物 (該当する食品に○を記入)</b>		<b>摂取不可のものに○を記入</b>	<b>除去根拠(以下の該当番号をすべて記入)</b>					
			①明らかな症状の既往 ②食物負荷試験 ③IgE抗体等検査結果 ④未摂取					
・鶏卵		卵殻カルシウム						
・マヨネーズ								
・牛乳		乳糖						
・小麦		麦茶						
・そば								
・ピーナッツ								
・大豆		大豆油						
・ゴマ		ゴマ油						
・(種実類) クルミ・アーモンド								
・(甲殻類) エビ・カニ		エキス						
・(軟体類・貝類) イカ・貝柱・タコ		エキス						
・(魚卵) タラコ		エキス						
・(魚類) すべて・サバ・サケ		エキス・かつおだし						
・(肉類) 鶏肉・牛肉・豚肉		エキス・ゼラチン						
・(果物類) すべて・バナナ								
・(調味料) みそ・しょうゆ・酢・酒								
・その他( )								
<b>4. 食物・食材・容器を扱う活動</b>		<b>5. アレルギー用調整粉乳</b>						
1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定		1. 不要 2. 必要 [下記該当ミルクに○を記入] ミルフィーユ ・ ニューMA-1 その他 ( )						

**6. 緊急時等に備えた処方薬**

① アドレナリン自己注射薬「エピペン®0.15 mg」

② 内服薬 ・抗ヒスタミン薬 (薬名: )  
 ・ステロイド薬 (薬名: )  
 ・その他 (薬名: )

③ その他 ( )

**7. 緊急時の対応**  
 \*下記表を参考に、薬の使用、受診の目安について、該当するグレードに○をつけてください。

・内服薬の使用・抗ヒスタミン薬 (薬名: ) : グレード1 ・ グレード2 ・ グレード3  
 ・ステロイド薬 (薬名: ) : グレード1 ・ グレード2 ・ グレード3  
 ・その他 (薬名: ) : グレード1 ・ グレード2 ・ グレード3

・アドレナリン自己注射薬「エピペン®0.15 mg」の使用 : グレード1 ・ グレード2 ・ グレード3  
 ・医療機関に受診 : グレード1 ・ グレード2 ・ グレード3  
 ・救急搬送 : グレード1 ・ グレード2 ・ グレード3

グレード		1	2	3
皮膚症状	かゆみ、赤み、じんましん	部分的	全身性、強いかゆみ	同左
粘膜症状	口唇、まぶた	部分的	顔全体の腫れ	同左
	口やのどの違和感	口のかゆみ、違和感	のどのかゆみ、違和感	しめつけられる感覚 声枯れ、飲み込みづらさ
消化器症状	腹痛、嘔吐、下痢	腹痛、嘔気、嘔吐	同左	くり返す嘔吐、下痢
呼吸器症状	鼻汁、鼻閉、くしゃみ	認める	同左	同左
	せき	連続しない	連続する	犬の遠吠え、 オットセイの鳴き声様
	喘鳴、呼吸困難			喘鳴、呼吸困難、 チアノーゼ、呼吸停止
循環器症状	脈拍、血圧		頻脈(+15回/分)、蒼白	不整脈、血圧低下、 重度徐脈、心停止
神経症状	意識状態	元気がない	同左	ぐったり、不穏、恐怖感 失禁、意識喪失

**8. その他注意事項**

\* 次回の見直し時期 年 月 頃

平成 年 月 日

医療機関名

電話

医師名