

名前 _____ 男・女 平成____年____月____日生(____歳____ヶ月) _____ 組

この生活管理指導表は保育所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って作成するものです。

食物アレルギー(あり・なし)	病型・治療		保育所での生活上の留意点		【緊急連絡先】	★保護者 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			★連絡医療機関 医療機関名:
	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. 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・)		B. アレルギー用調整粉乳 1. 不要 2. 必要 下記該当ミルクに○、又は()内に記入 ミルフィー・ニュー-MA-1・MA-mi・ペプディエット エレメンタルフォーミュラ その他()			電話:
	C. 原因食物・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・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* 《 》(キウイ・バナナ・) 15. その他 () [*類は()の中の該当する項目に○をするか具体的に記載すること]		C. 食物・食材を扱う活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定			記載日 年 月 日
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○		医師名		
病型・治療		保育所での生活上の留意点		記載日 年 月 日		
アレルギー性鼻炎(あり・なし)	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 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	
	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	

※備考:本診断書の内容に関して(6カ月後・12カ月後)に再評価が必要です。(必要事項に○をお願いします。)