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）

名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（男・女）　令和　　年　　月　　日生（　　歳　　か月）　＿＿＿＿組

※　施設での生活において、子どもが特別な配慮や管理が必要となった場合に限り、医師が作成するものです。　　提出日　令和　　年　　月　　日

食物アレルギー・アナフィラキシー

（ありの場合・なしの場合）

病型・治療

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・乳幼児消化器症状・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：　　）

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・昆虫・動物のフケや毛）

C．原因食物・除去根拠

該当する食品の番号に〇をし、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	《　　》	（　　）

[除去根拠] 該当するもの全てを《》内に番号を記載

①明らかな症状の既往

②食物負荷試験陽性

③IgE抗体等検査結果陽性

④未摂取

「*は（　）の中の該当する項目に〇をするか具体的に記載すること」

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®**

3．その他（　　）

施設での生活上の留意点

A．給食・離乳食

1．管理不要

2．管理必要
（管理内容については、病型・治療のC欄及び下記C・D欄を参照）

B．除去食品においてより厳しい除去が必要なもの

1．不要

2．必要　　下記該当ミルクに〇、又は（　）内に記入

ミルフィーHP　・ニューMA-1 ・ MA-mi　・　ペプティエット

エレメンタルフォーミュラ　・　その他（　　）

C．食物・食材を扱う活動

該当する食品の番号に〇をし、かつ（　）内に必要な配慮の内容を記載

1．管理不要

2．原因食材を教材とする活動の制限（例：豆まき・小麦粘土等）

（　　）

3．調理活動時の制限（例：調理実習・もちつき・クリスマス会等）

（　　）

4．飲食時の環境による制限（給食・おやつ時の原因食品の吸入・接触）

（　　）

5．その他（食べこぼし・片付け・清掃等）

（　　）

D．除去食品においてより厳しい除去が必要なもの

病型・治療のC欄で除去の際に、より厳しい除去が必要となるもののみに〇をつける

※本欄に〇がついた場合、該当する食品を使用した料理については、給食対応が困難となる場合があります

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
12	魚類：	かつおだし ・ いりこだし
13	肉類：	エキス

E．コンタミネーションについて

ごく微量の混入『コンタミネーション』によるアレルギー症状を引き起こす可能性について

（　あり　・　なし　）

※加工品などの使用食材にコンタミネーションの恐れがある場合、使用可能か

（　可　・　否　）

F．その他の配慮・管理事項

（その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合は、医師が保護者と相談のうえ記載
対応内容は認定こども園・保育所が保護者と相談のうえ決定）

医師名

医療機関名

電話

記入日

令和　　年　　月　　日