

表 保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表(気管支喘息・アトピー性皮膚炎・アレルギー性結膜炎)(改定)

提出日 平成 年 月 日

名前 _____ 性別 _____ 生年月日 _____ () 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り作成するものです。

	病型・治療		保育所での生活上の留意点		★保護者 電話: ★連絡先医療機関 医療機関名: 電話
	気管支ぜん息 (なし)	A. 重症度分類 (治療内容を考慮した) B. 長期管理薬 <input type="checkbox"/> ステロイド吸入薬 剤形 _____ /日 投与量 _____ <input type="checkbox"/> ロイコトリエン受容体拮抗剤 (_____) を (_____) する。 <input checked="" type="checkbox"/> DSCG(インターール)吸入薬 <input type="checkbox"/> ベータ刺激薬 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 貼付薬 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	C. 急性発作治療薬 <input type="checkbox"/> ベータ刺激薬吸入 <input type="checkbox"/> ベータ刺激薬内服 <input type="checkbox"/> その他 D. 急性発作時の対応 (自由記載)	A. 寝具に関する留意点 とくになし(通常管理のみ) B. 食物に関する留意点 とくになし C. 動物との接触 配慮不要 動物が問題の場合の動物名 (_____) (_____) (_____) D. その他の配慮・管理事項(自由記載)	
アトピー性皮膚炎 (なし)	A. 重症度のめやす(厚生労働科学研究班) *軽度の皮疹:軽度の紅斑・乾燥・落屑主体の病変 *強い炎症を伴う皮疹:紅斑・丘疹・びらん・浸潤・苔癬化などを伴う病変 B-1. 常用する外用薬 <input type="checkbox"/> ステロイド軟膏 <input type="checkbox"/> タクロリムス軟膏(プロトピック) <input type="checkbox"/> 保湿剤 <input type="checkbox"/> その他 B-2. 常用する内服薬 <input type="checkbox"/> 抗ヒスタミン薬 <input type="checkbox"/> その他 (_____) C. 食物アレルギーの合併 なし		A. プール・水遊び及び長時間の紫外線下での活動 管理不要 B. 動物との接触 配慮不要 動物が問題の場合の動物名 (_____) (_____) C. 発汗後 配慮不要 (可能な場合)夏季シャワー浴 D. その他の配慮・管理事項		記載日 _____ 医師名 _____ 印 医療機関名 _____
アレルギー性結膜炎 (なし)	A. 病型 <input type="checkbox"/> 通年性アレルギー性結膜炎 <input type="checkbox"/> 季節性アレルギー性結膜炎(花粉症) <input type="checkbox"/> 春季カタル <input type="checkbox"/> アトピー性角結膜炎 <input type="checkbox"/> その他 B. 治療 <input type="checkbox"/> 抗アレルギー点眼薬 <input type="checkbox"/> ステロイド点眼薬 <input type="checkbox"/> 免疫抑制点眼薬 <input type="checkbox"/> その他		A. プール指導 管理不要 B. 屋外活動 管理不要 C. その他の配慮・管理事項(自由記載)		記載日 _____ 医師名 _____ 印 医療機関名 _____

この生活管理指導表は、地域独自の取り組みや現場からの意見を踏まえ、今後改善されていく可能性があります。

名前 性別 生年月日 () 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り作成するものです。

アナフィラキシー (なし)	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) <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"/> その他 (<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"/> その他 () <input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー		保育所での生活上の留意点 A. 給食・離乳食 管理不要 B. アレルギー用調整粉乳 不要 必要な場合は該当ミルクを下に記入 ()	★保護者 電話: ★連絡先医療機関 医療機関名: 電話 記載日 医師名 印 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) <input type="checkbox"/> 食物(原因: 、 、 、 、) <input type="checkbox"/> その他 (<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. 食物・食材を扱う活動 管理不要 D. 除去食品で摂取不可能なもの 病型・治療のCで除去の際摂取不可能なものに <input type="checkbox"/> 鶏卵 <input type="checkbox"/> 卵殻カルシウム 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 乳糖 小麦 <input type="checkbox"/> 醤油 <input type="checkbox"/> 酢 <input type="checkbox"/> 麦茶 大豆 <input type="checkbox"/> 大豆油 <input type="checkbox"/> 醤油 <input type="checkbox"/> 味噌 ゴマ <input type="checkbox"/> ゴマ油 魚類 <input type="checkbox"/> かつおだし <input type="checkbox"/> いくら 肉類 <input type="checkbox"/> エキス	
	C. 原因食物・除去根拠 該当する食品に☑をし、かつ《 》内に除去根拠を記載 <input type="checkbox"/> 鶏卵 《 》 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 《 》 <input type="checkbox"/> 小麦 《 》 <input type="checkbox"/> ソバ 《 》 <input type="checkbox"/> ピーナッツ 《 》 <input type="checkbox"/> 大豆 《 》 <input type="checkbox"/> ゴマ 《 》 <input type="checkbox"/> ナッツ類* 《 》 (<input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> クルミ <input type="checkbox"/> アーモンド <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 甲殻類* 《 》 (<input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> エビ <input type="checkbox"/> カニ <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 軟体類・貝類* 《 》 (<input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> イカ <input type="checkbox"/> タコ <input type="checkbox"/> ホタテ <input type="checkbox"/> アサリ <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 魚卵 《 》 (<input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> イクラ <input type="checkbox"/> タラコ <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 魚類* 《 》 (<input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> サバ <input type="checkbox"/> サケ <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 肉類* 《 》 (<input type="checkbox"/> 鶏肉 <input type="checkbox"/> 牛肉 <input type="checkbox"/> 豚肉 <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 果物類* 《 》 (<input type="checkbox"/> キウイ <input type="checkbox"/> パナナ <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> その他 ()		【診断根拠】 該当するものすべてを《 》に記載 ①明らかな症状の既往 ②食物負荷試験陽性 ③IgE抗体など検査結果陽性 ④未摂取 *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	
	D. 緊急時に備えた処方薬 <input type="checkbox"/> 内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) <input type="checkbox"/> アドレナリン自己注射薬「エピペン®0.15mg」 <input type="checkbox"/> その他 ()		E. その他の配慮・管理事項 誤食時 付着時 アナフィラキシー時	
アレルギー性鼻炎 (なし)	病型・治療 A. 病型 <input type="checkbox"/> 通年性アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> 季節性アレルギー性鼻炎(花粉症) 主な病状の時期 <input type="checkbox"/> 春 <input type="checkbox"/> 夏 <input type="checkbox"/> 秋 <input type="checkbox"/> 冬 B. 治療 <input type="checkbox"/> 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬(内服) <input type="checkbox"/> 鼻噴霧用ステロイド薬 <input type="checkbox"/> その他 ()		保育所での生活上の留意点 A. 屋外活動 管理不要 B. その他の配慮・管理事項(自由記載)	記載日 医師名 印 医療機関名