

名前 _____ 男・女 _____ 年__月__日生(__歳__か月) _____ 組 _____ こども園 _____

この生活管理指導表はこども園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。

保護者記入欄(下記)

▼食物アレルギー	▼アナフィラキシー	病 型 ・ 治 療	こども園での生活上の留意点	緊急連絡先	★保護者名
		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(新生児乳児消化器アレルギー・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 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()		① () ② () ③ () ★緊急連絡医療機関 医療機関名 電話
(あり・なし)	(あり・なし)	病 型 ・ 治 療	こども園での生活上の留意点	記載日	年 月 日
		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)	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 D. 除去食品でさらに摂取不可能なもの 病型・治療のCで除去の際に摂取不可能なものに○ 1. 鶏卵: 卵殻カルシウム 2. 牛乳・乳製品: 乳糖 3. 小麦: 醤油・酢・みそ・麦茶 6. 大豆: 大豆油・醤油・みそ 7. ゴマ: ゴマ油 9. 甲殻類: しらす干し・もずく・アーサ 12. 魚類: かつおだし・いりこだし 13. 肉類: エキス		医師名 医療機関名
アレルギー性鼻炎	(あり・なし)	病 型 ・ 治 療	こども園での生活上の留意点	記載日	年 月 日
		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・カシューナッツ・カカオ) 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」	E. その他の配慮・管理事項 ※コンタミレベルでアレルギーのものがあれば記載して下さい		医師名 医療機関名
アレルギー性鼻炎	(あり・なし)	病 型 ・ 治 療	こども園での生活上の留意点	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「エピベン®0.15mg」 3. その他()	A. 給食・離乳食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 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()		医師名 医療機関名
アレルギー性鼻炎	(あり・なし)	病 型 ・ 治 療	こども園での生活上の留意点	記載日	年 月 日
		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 B. 治療 1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬(内服薬) 2. 鼻噴霧用ステロイド薬 3. その他	A. 屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. その他の配慮・管理事項(自由記入)		医師名 医療機関名

厚生労働省「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」平成31年3月より引用

- 厚生労働省「こども園におけるアレルギー対応ガイドライン」に従い、最終的な対応は医療機関と連携のもと施設側が決定します。
- こども園における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を施設職員全体で共有することに同意します。

保護者署名

印