

食物アレルギー 保育園生活管理指導表

園児氏名 _____ 男・女 平成 年 月 日生(歳) 法善寺保育園 クラス名 _____ 組 提出日:平成 年 月 日

	病 型 ・ 治 療	保育園生活上の留意点	
食物アレルギー (あり・なし)	A. 食物アレルギー病型 1. 即時型 2. 口腔アレルギー症状 3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 4. 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎	A. 給食・おやつ 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> 緊急連絡先 ☆保護者 電話: _____ ☆連絡医療機関 医療機関名: _____ 電話: _____ 記載日 _____年 月 日 医師名 _____ (印) 医療機関名 _____ </div>
	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. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3. 運動誘発アナフィラキシー 4. 昆虫 5. 医薬品 6. その他(_____)	B. 食物・食材を扱う授業・活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定	
	C. 原因食物 1. 鶏卵 《 》 2. 牛乳 《 》 3. 小麦 《 》 4. ソバ 《 》 5. ピーナッツ 《 》 6. 種実類・木の実類 《 》 (_____) 7. 甲殻類(エビ・カニ)《 》 8. 果実類 《 》 (_____) 9. 魚類 《 》 (_____) 10. 肉類 《 》 (_____) 11. その他1 《 》 (_____) 12. その他2 《 》 (_____)	C. 運動(体育・運動を伴う活動) 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	
		D. 宿泊を伴う園外活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定	
	E. その他の配慮・管理事項(自由記載) _____ _____ _____		
	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(_____)		

●保護者の方へ

保育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職員全員で共有することに同意しますか。

- 1 同意する
- 2 同意しない

保護者署名: _____