園児生活管理指導表（アレルギー疾患用）

大分県版

園児名（　　）　男・女　　年　月　日生　園名（　　）　初回提出日　年　月　日

食物アレルギー（あり・なし）アナフィラキシー（あり・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）

1．即時型
2．口腔アレルギー症候群
3．食物依存性運動誘発アナフィラキシー

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（　　）

C. 原因食物・診断根拠　該当する食品の番号に○をし、かつ（ ）内に診断根拠を記載

1．鶏卵	〈　　〉	
2．牛乳・乳製品	〈　　〉	
3．小麦	〈　　〉	
4．ソバ	〈　　〉	
5．ピーナッツ		
6．種実類・木の実類	〈　　〉	（　　）
7．甲殻類（エビ・カニ）	〈　　〉	
8．果物類	〈　　〉	
9．魚類	〈　　〉	（　　）
10．肉類	〈　　〉	（　　）
11．その他1	〈　　〉	（　　）
12．その他2	〈　　〉	（　　）

[診断根拠]該当するもの全てを（ ）内に記載
①明らかな症状の既往
②食物負荷試験陽性
③IgE抗体等検査結果陽性
④食べたことがない

D. 緊急時に備えた処方薬

1．内服薬：抗ヒスタミン薬（商品名：　　）
2．内服薬：ステロイド薬　（商品名：　　）
3．内服薬：気管支拡張薬　（商品名：　　）
4．吸入薬：気管支拡張薬　（商品名：　　）
5．アドレナリン自己注射薬（商品名：　エピペン　　）
6．その他　（商品名　　）

アナフィラキシー時は緊急時連絡医療機関への連絡よりも、
エピペン®投与や救急車要請を優先してください。

園生活上の留意点

A. 給食
1. 管理不要
2. 保護者と相談し決定

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. 運動（体育・部活動等）
1. 管理不要
2. 保護者と相談し決定

D. 宿泊を伴う郊外活動
1．配慮不要
2．食事やイベントの際に配慮が必要

E. その他の配慮・管理事項（自由記載）

緊急時連絡先

★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

確認日	医師名	捺印
年　月　日		
年　月　日		
年　月　日		
年　月　日		
年　月　日		
年　月　日		

●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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿