

提出日 年 月 日

入間市立 保育所 ()歳児クラス 氏名 男・女 生年月日

食物アレルギー（あり・なし）・アナフィラキシー（あり・なし）・アトピー性皮膚炎（あり・なし）

病型・治療 保育所での生活上の留意点

A 食物アレルギー病型 該当型の□に✓を記載(食物アレルギーありの場合のみ記載)
 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎
 即時型
 その他 [新生児消化器症状 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)
 食物(原因:)
 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 昆虫 動物

C 原因食物・除去根拠 該当する食品の□欄に✓をし、かつ除去根拠の番号欄に○を記載

原因食物および診断根拠	①	②	③	④		
<input type="checkbox"/> 鶏卵					[除去根拠] 該当するもの全てに○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	
<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*						→(すべて・クルミ・カシューナッツ・アーモンド)
<input type="checkbox"/> 甲殻類*						→(すべて・エビ・カニ)
<input type="checkbox"/> 軟体類・貝類*						→(すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ)
<input type="checkbox"/> 魚卵*						→(すべて・イクラ・タラコ・子持ちししゃも)
<input type="checkbox"/> 魚類*						→(すべて・サバ・サケ)
<input type="checkbox"/> 肉類*						→(鶏肉・牛肉・豚肉)
<input type="checkbox"/> 果物類*						→(キウイ・バナナ)
<input type="checkbox"/> 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

D 緊急時に備えた処方薬 ※アナフィラキシーありに○がついていない方は記入不要です。
 1 内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬）
 投与のタイミング(該当するものに✓)
 誤食時 咳込み 喘鳴 呼吸困難 嘔吐
 下痢 腹痛 顔面紅潮 蕁麻疹 掻痒感
 2 アドレナリン自己注射薬(エピペン)
 誤食時 アナフィラキシー出現時

E 外用薬(重症・最重症のアトピー性皮膚炎の場合のみ記載)
 ※重症:強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上30%未満にみられる
 ※最重症:強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上にみられる
 ステロイド軟膏 タクロリムス軟膏 保湿剤 その他
 塗布の指示 塗布部位() 登所中()回まで
 ※保育所では浸出液・出血・掻痒の症状悪化時に塗布します。

A 給食・離乳食
 管理不要
 保護者と相談し決定

B アレルギー用調製粉乳
 不要
 必要 ※ミルク名を()に記入
 ()

C 原因食物・食材を扱う制作活動・調理・収穫
 ※本欄に✓がついた場合、給食対応が困難となる場合があります。
 管理不要
 接触不可

D 除去食品で摂取不可能なもの
 「病型・治療」のCで除去の際に
 摂取不可能なものに✓

(鶏卵):卵殻カルシウム
 (牛乳・乳製品):乳糖
 (小麦):醤油・酢・麦茶
 (大豆):大豆油・醤油・味噌
 (ゴマ):ゴマ油
 (魚類):かつおだし・いりこだし
 (肉類):エキス
 ※本欄に✓がついた場合、給食対応が困難となる場合があります。

E 特記事項

【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

医療機関名