

主治医・保護者の方へ

認可保育所では、入所したお子様へ給食を提供するにあたり、食物アレルギーがあり保育所生活において配慮や管理が必要なお子さんにより安心して安全に過ごしていただくための対応を、保護者の方と一緒に考えていきたいと思っております。そのためには、医師の診断に基づいた情報を把握する必要があります。つきましては別表の生活管理指導表を提出して頂きますよう、よろしくお願いいたします。

宮古島市こども未来課

〈例〉

保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表（食物アレルギー・アナフィラキシー）

④ 男・女 年 月 日生（ 歳 ヶ月） 保育所名 組

① 可保育所では、入所したお子様へ給食を提供するにあたり、食物アレルギーがあり保育所生活において配慮や管理が必要な

参考様式：「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」（2019年改訂版）

| 病方・治療 | | 保育所での生活上の留意点 |
|--|--|---|
| 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（新生児消化器症状・構内アレルギー症候群・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. 管理必要（内容については「病型・治療のC」及び「下記C、E」を参照） B. アレルギー用調製粉乳 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HP・ニューMA-1・MA-mi・バブディエット エレメンタルフォーミュラ 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） 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. 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・カシューナッツ・アーモンド・ ） 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（ ） | | C. 除去食品においてより厳しい除去が必要なもの 病型・治療のC欄で除去の際により厳しい除去が必要となるものみに○をつける。 ※本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した料理については、給食対応困難となる場合があります。 1. 鶏卵： 卵殻カルシウム 2. 牛乳・乳製品： 乳糖 3. 小麦： 醤油・酢・麦茶 6. 大豆： 大豆油・醤油・味噌 7. ゴマ： ゴマ油 12. 魚類： かつおだし・いりこだし 13. 肉類： エキス |
| 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®0.15mg」 3. その他（ ） | | |
| D. 食物・食材を扱う活動 1. 管理不要 2. 原因食材を教材とする活動の制限（ ） 3. 調理活動時の制限（ ） | | E. 特記事項（その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は保育所が保護者と相談の上決定） |
| 保護者記入欄 保育所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及び消防機関・医療機関等と共有することに同意しますか。 1. 同意する 署名年月日： 年 月 日 2. 同意しない 保護者署名： | | |

※主治医の方へ

① 病患名のところの（あり・なし）欄に当該疾患の有無について○をつけ、「あり」の場合、下位項目のそれぞれへの記入をお願いします。

② 「病型・治療」欄

当該疾患の原因や病状、服用中の薬など、子どもの現在の状況を記入してください。

・本表が大きな変化がない場合、1年間を通じて使用しますので、現在の状況および、今後1年間を通じて予測される状況を記入して下さい。

③ 記載日、医師名、医療機関名を記入してください。

④ 対象児童の氏名、生年月日等の記入をお願いします。また入所施設等は当課で使用します。記入は不要です。

※保護者の方へ

緊急時の対応などのため、食物アレルギー「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表」に記載された情報を、職員全員で共有する必要があります。

同意していただける場合は「1. はい」、同意していただけない場合は「2. いいえ」に○をつけどちらの場合も保護者の署名をしてください。

保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表（食物アレルギー・アナフィラキシー）

名前 _____ 男・女 _____ 年 _____ 月 _____ 日生（ _____ 歳 _____ ヶ月） 保育所名 _____ 組 _____

*この認可保育所では、入所したお子様へ給食を提供するにあたり、食物アレルギーがあり保育所生活において配慮や管理が必要な

参考様式：「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」（2019年改訂版）

| | 病方・治療 | 保育所での生活上の留意点 |
|-----------------------------------|--|--|
| アナフィラキシー（あり・なし） 食物アレルギー（あり・なし） | 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（新生児消化器症状・構内アレルギー症候群・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. 管理必要（内容については「病型・治療のC」及び「下記C、E」を参照） |
| | 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・ _____ ） | B. アレルギー用調製粉乳 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HP・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（ _____ ） |
| | 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・カシューナッツ・アーモンド・ _____ ） 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 _____（ _____ ） | C. 除去食品においてより厳しい除去が必要なもの 病型・治療のC欄で除去の際により厳しい除去が必要となるものみに○をつける。 ※本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した料理については、給食対応困難となる場合があります。 |
| | <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; margin: 10px 0;"> 【除去根拠】 該当するものすべてを《 _____ 》内に番号を記載 ① 明らかな症状の既往 ② 食物負荷試験陽性 ③ IgE抗体等検査結果陽性 ④ 未摂取 </div> | 1. 鶏卵： 卵殻カルシウム 2. 牛乳・乳製品： 乳糖 3. 小麦： 醤油・酢・麦茶 6. 大豆： 大豆油・醤油・味噌 7. ゴマ： ゴマ油 12. 魚類： かつおだし・いりこだし 13. 肉類： エキス |
| | 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®0.15mg」 3. その他（ _____ ） | D. 食物・食材を扱う活動 1. 管理不要 2. 原因食材を教材とする活動の制限（ _____ ） 3. 調理活動時の制限（ _____ ） |
| | | E. 特記事項（その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は保育所が保護者と相談の上決定） |

保護者記入欄

保育所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及び消防機関・医療機関等と共有することに同意しますか。

1. 同意する

署名年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

2. 同意しない

保護者署名： _____

医療機関記入欄

記載日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名及び担当医師名 _____