

氏名	性別	男	・	女
年 月 日生 ( 歳 ヲ月)	組			

●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:

※主治医におかれましては、原則として、上記の「1. 同意する」に該当する場合に本表の記入をお願いします。

記載した主治医の氏名	Ⓜ	記載日	年 月 日
------------	---	-----	-------

所属医療機関の名称

※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載してください。

病型・治療 ※記入にあたっては保育所用ガイドラインP32～39をご参照ください。

A. 食物アレルギー病型 (食物アレルギーがある場合にのみ記載してください。)

- 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・口腔アレルギー症状群・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がある場合にのみ記載してください。)

- 年齢: ( 歳時) エピペン®の使用: 有 ( 歳時)
- 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してください。

- 鶏卵 《 》
- 牛乳・乳製品 《 》
- 小麦 《 》
- ソバ 《 》
- ピーナッツ 《 》
- 大豆 《 》
- その他:

[除去根拠] 該当するものを《 》内に番号を記載  
 ①明らかな症状の既往 ③LgE抗体等検査結果陽性  
 ②食物負荷試験陽性 ④未摂取

※血液検査については、主治医の判断で必要と認めた場合のみ

D. 緊急時に備えた処方薬

- 内服薬 (抗ヒスタミン薬、ステロイド薬)
- アドレナリン自己注射薬「エピ<sup>Ⓜ</sup>ンR 0.15mg」
- その他 ( )

保育所での生活上の留意点 ※記入にあたっては保育所用ガイドラインP40～49をご参照ください。

- 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・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. 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. 除去食品で摂取不可能なもの

No.	除去食品	病型・治療のCで除去の際に 摂取不可能なものに○	備 考
1	鶏卵	卵殻カルシウム	※加熱した鶏卵及びマヨネーズと卵殻カルシウムが摂取可能であれば保育所での鶏卵の除去はなし。
2	牛乳・乳製品	乳糖	
3	小麦	醤油・酢・麦茶	
5	大豆	大豆油・醤油・味噌	
6	ゴマ	ゴマ油	
11	魚類	かつおだし・いりこだし・さばぶし	
12	肉類	エキス	

医師の所見

緊急時連絡先 ※連絡医療機関は保護者と相談のうえ記載してください。「救急車要請」と記載することも可。

★保護者 電話① 電話②

★連絡医療機関 名称 電話

※管理指導表は症状等に変化がない場合であっても配慮や管理が必要な場合は、少なくとも毎年提出してください。

静岡県医師会子どもアレルギー疾患対策委員会 (2013年2月)  
 三島市子育て支援課 (2014年1月) (改訂2014年5月)  
 三島市子ども保育課 (2016年4月) (改訂2019年2月)