

食物アレルギー疾患生活管理指導表

園名 _____

■ 園児名 (男 ・ 女)

■ 年 月 日生 (歳クラス)

病型・治療	園での生活上の留意点		
<p>A. 食物アレルギー病型</p> <p>1. 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎</p> <p>2. 即時型</p> <p>3. その他 (新生児・乳児消化管アレルギー ・ 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: _____)</p>	<p>A. 給食・離乳食</p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 管理必要 (管理内容については、病型・治療のC欄および下記C.E欄を参照)</p>		
<p>B. アナフィラキシー病型 既往ありの場合のみ下記に記載してください</p> <p>1. 食物 (原因: _____)</p> <p>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 ・ 昆虫・動物のフケや毛 _____)</p>	<p>B. アレルギー用調整粉乳</p> <p>1. 不要</p> <p>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(_____)</p>		
<p>C. 原因食物・除去根拠</p> <p>除去が必要な食品の番号に○をし、かつ《 》内に除去根拠を記入してください 食品番号8～15は()の中の該当する項目に○をするか具体的に記載してください</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 40%; text-align: center; border: 1px dashed black;"> <p>【除去根拠】</p> <p>① 明らかな症状の既往</p> <p>② 食物負荷試験陽性</p> <p>③ IgE抗体等検査結果陽性</p> <p>④ 未摂取</p> </td> </tr> </table> <p>1. 鶏 卵 《 》</p> <p>2. 牛乳・乳製品 《 》</p> <p>3. 小 麦 《 》</p> <p>4. ソ バ 《 》</p> <p>5. ピーナッツ 《 》</p> <p>6. 大 豆 《 》</p> <p>7. ゴ マ 《 》</p> <p>8. ナ ッ ツ 類 《 》 (すべて ・ カルシウム ・ アーモンド ・ カシューナッツ _____)</p> <p>9. 甲 殻 類 《 》 (すべて ・ エビ ・ カニ _____)</p> <p>10. 軟体類・貝類 《 》 (すべて ・ イカ ・ タコ ・ ホタテ ・ アサリ _____)</p> <p>11. 魚 卵 《 》 (すべて ・ イクラ ・ タラコ _____)</p> <p>12. 魚 類 《 》 (すべて ・ サバ ・ サケ _____)</p> <p>13. 肉 類 《 》 (鶏肉 ・ 牛肉 ・ 豚肉 _____)</p> <p>14. 果 物 類 《 》 (キウイ ・ バナナ _____)</p> <p>15. そ の 他 《 》 (_____)</p>		<p>【除去根拠】</p> <p>① 明らかな症状の既往</p> <p>② 食物負荷試験陽性</p> <p>③ IgE抗体等検査結果陽性</p> <p>④ 未摂取</p>	<p>C. 除去食品においてより厳しい除去が必要なもの</p> <p>病型・治療のC欄で除去の際に、不可能なものがある場合のみ、下記に○をしてください</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>※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、給食対応が困難となる場合があります</p> </div> <p>1. 鶏 卵: (卵殻カルシウム)</p> <p>2. 牛乳・乳製品: (乳糖)</p> <p>3. 小 麦: (醤油 ・ 酢 ・ 麦茶)</p> <p>6. 大 豆: (大豆油 ・ 醤油 ・ 味噌)</p> <p>7. ゴ マ: (ゴマ油)</p> <p>12. 魚 類: (かつおだし ・ いりこだし)</p> <p>13. 肉 類: (エキス)</p>
	<p>【除去根拠】</p> <p>① 明らかな症状の既往</p> <p>② 食物負荷試験陽性</p> <p>③ IgE抗体等検査結果陽性</p> <p>④ 未摂取</p>		
<p>D. 緊急時に備えた処方薬</p> <p>1. 内服薬 (抗ヒスタミン薬、ステロイド薬)</p> <p>2. アドレナリン自己注射薬「エピペン®」</p> <p>3. その他(_____)</p>	<p>D. 食物・食材を扱う活動</p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 原因食材を教材とする活動の制限(_____)</p> <p>3. 調理活動時の制限(_____)</p> <p>4. その他(_____)</p>		
<p>E. その他の配慮・管理事項</p> <p>食物アレルギーへの配慮や管理事項に関する補足があれば記入してください</p>			
<p>記載日</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>	<p>医師名</p> <p style="text-align: right;">印</p>		
<p>制限期間</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 ~ 年 月 日</p>	<p>医療機関名</p>		