

食物アレルギー指示書

施設名		生年月日	年 月 日 (歳 か月)
児童名		性別	男 ・ 女

※この様式は、保育所の生活において特別な配慮や管理が必要となった子どもに限って、医師が作成するものです。

病 型 ・ 治 療	
A 食物アレルギーの病型	<input type="checkbox"/> 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 即時型 <input type="checkbox"/> 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)
B アナフィラキシー病型 (あり ・ なし)	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・昆虫・動物のふけや毛) 症状() 最終の発症年月(年 月頃)
C 原因食品・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 [] (キウイ・バナナ・) 15. その他 [] ()
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 【除去根拠】 該当するもの全てを [] 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>
※8～15 に○が付いた場合は ()内の該当する項目に○をするか具体的に記載すること	
D 緊急時に備えた処方薬 (症状が出現した場合の対応)	<input type="checkbox"/> 内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) <input type="checkbox"/> アドレナリン自己注射薬「エピペン®」 <input type="checkbox"/> その他()
保 育 所 で の 生 活 上 の 留 意 点	
E 給食・離乳食	<input type="checkbox"/> 管理必要 <input type="checkbox"/> 管理不要
F アレルギー用調製粉乳	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要(ミルフィーHP・ニューMA-1・MA-mi・ペブディエット・エレメンタルフォーミュラ、)
G 除去食品においてより 厳しい除去が必要なもの	※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。 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
※C 欄で除去の際に、より厳しい除去が必要となるものだけに○をつける	
H 食物・食材を扱う活動	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 (原因食材を教材とする活動の制限、調理活動時の制限、)
I 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うえ決定)
本表の内容に関しては (<input type="checkbox"/> 6か月後 ・ <input type="checkbox"/> 12か月後) に再評価を必要とします。	

記載日: 年 月 日

医療機関

医 師

(2022.2 金沢市作成)