

園児名 _____ 男・女 令和・平成 _____ 年__月__日生 (____ 歳 ____ ヶ月)

(1)制限期間と開始時の指導内容

		年__月__日 ~ 最大1年間有効	
食物アレルギー（あり・なし）	アナフィラキシー（あり・なし）	病型・治療	
		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・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) 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. ビーナッツ 《 _____ 》 6. 大豆 《 _____ 》 7. ゴマ 《 _____ 》 8. ナッツ類 《 _____ 》（すべて・クルミ・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 《 _____ 》（ _____） 「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 ②食物負荷試験陽性 ③IgE抗体等検査結果陽性 ④未摂取	
		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（ _____、 _____）	
5. 内服薬で対応すべき症状 ☐ 軽いお腹の痛み ☐ 吐き気 ☐ 目のかゆみ、充血 ☐ 口の中の違和感、唇の腫れ ☐ くしゃみ、鼻水、鼻づまり ☐ 軽度のかゆみ ☐ 数個のじん麻疹 ☐ 部分的な赤み ☐ その他（ _____）			
		保育園での生活上留意点	
		A. 給食・離乳食 1. 管理不要 2. 管理必要	
		B. アレルギー用調整粉乳 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 その他（ _____） ※2.に該当する場合は持ち込みになります。	
		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 病型・治療のCで除去の際に摂取不可能なものに○ 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 4.大豆： _____ 大豆油・醤油・味噌 5.ゴマ： _____ ゴマ油 6.魚類： _____ かつおだし・いりこだし 7.肉類： _____ エキス その他（ _____） ★製造ライン上で原因食材を使用している加工品などを除去について《 》に○をつけてください。必要な食品がある場合は食品名を記入してください。 《 》不要 《 》必要（ _____） ※製造ライン上で原因食材を使用している加工品とは・・・ 原材料には含まれない原因食材が、同じ工場内や同じ設備で作られている他の商品に使用されていることがあります。そのため設備の洗浄などしても、意図せずにごく微量、最終加工食品に混入してしまう可能性がある加工食品のことです。	
		E. その他の配慮・管理事項	
		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 _____ 印 医療機関名 _____	

(2)制限期間内の指導内容の変更: 下記の表に日付の記載と押印をし、該当する項目に○をお願いします。

除 去 食 品	変更年月日・押印欄				除 去 食 品	変更年月日・押印欄			
	年	月	日	印		年	月	日	印
	追 加					追 加			
除 去 食 品	変更年月日・押印欄				除 去 食 品	変更年月日・押印欄			
	年	月	日	印		年	月	日	印
	追 加					追 加			

●保育園における取り組み及び緊急時の対応に活用するため、記載内容を職員全員で共有することに同意します。

保護者氏名 _____