

人吉市版 保育所等生活管理指導表の使用について

保育所等は、アレルギー疾患を有する子どもに対して、その保育に当たっては医師の診断及び指示に基づいて行う必要があります。「保育所等生活管理指導表」は、保育所等施設において保護者や医師との共通理解の下で、食物アレルギー疾患を有する子ども一人一人の症状等を正しく把握し、子どものアレルギー対応を適切に進めるために保護者の依頼を受け医師が記入するものです。

保育所等施設においては、生活管理指導表を、子どもを中心に据えた医師と保護者、施設の重要なコミュニケーションツールとし、医師の指示に基づく特別な管理や配慮項目に留意するとともに、子どもの健全な発育・発達の見点から不必要な食物除去等を行うことがないよう、適正な保育・給食提供をお願いします。

保育所等生活管理指導表(食物アレルギー・アナフィラキシー)2024年版		提出日	年	月	日
氏名		男・女	年	月	日生( )歳( )か月
施設名					
※この生活管理指導表は、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。					
1 食 ア ナ フ イ ラ キ シー ( あ り ・ な し )	2 病型・治療		4 保育所等での生活上の留意点		
	A. 食物アレルギー病型 該当の□欄に✓を記載(食物アレルギーありの場合のみ記載) <input type="checkbox"/> 食物アレルギーの関与するアトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 即時型 <input type="checkbox"/> その他 [ <input type="checkbox"/> 新生児・乳児消化管アレルギー <input type="checkbox"/> 口腔アレルギー症候群 <input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー <input type="checkbox"/> その他( )		A. 給食・離乳食 4 <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 管理必要 (管理内容については、病型・治療C欄及び下記C.E欄を参照)		
	B. アナフィラキシー病型 該当の□欄に✓を記載(アナフィラキシー既往ありの場合のみ記載) <input type="checkbox"/> 食物(原因): <input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー <input type="checkbox"/> ラテックスアレルギー <input type="checkbox"/> 昆虫 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他( )		B. アレルギー用調製粉乳 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ミルク名を記入( )		
	C. 原因食物・診断根拠 該当する食品の□欄に✓をし、かつ診断根拠の番号欄に○を記載 原因食物および診断根拠		D. 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で除去の際に、より厳しい除去が必要となるものみに✓を記載		
	原因食物および診断根拠		E. その他の配慮 (保護者との打合せ時の具体的配慮事項等をご記入下さい)		
<input type="checkbox"/> 鶏卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> ソバ <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> ゴマ <input type="checkbox"/> ナッツ類 <input type="checkbox"/> 甲殻類(エビ・カニ) <input type="checkbox"/> 軟体類・貝類 <input type="checkbox"/> 魚卵 <input type="checkbox"/> 魚類 <input type="checkbox"/> 肉類 <input type="checkbox"/> 果物類 <input type="checkbox"/> その他		3 <<診断根拠>> 該当するものすべてに○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		※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。	
D. 緊急時に備えた処方薬 <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( )		5 【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		6 年 月 日 医師名 医療機関名	

● 保育所等における日常の取組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。

保護者署名 : 7

①～⑥は医師が記入

①疾患名の(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に記入

②「病型・治療」欄

当該疾患の原因や症状、服用中の薬など、子どもの現在の状況について、□の欄に✓を記入

③診断根拠

原因食物と診断した根拠を①～④から選び、該当欄に○を記入 ※ナッツ類以下は、具体的な食材名を( )に記入

④保育所等での生活上の留意点

保育所等での生活における管理・配慮の必要性について該当欄に✓を記入

「D. 除去食品においてより厳しい除去が必要なもの」欄に✓が入った場合、安全性を最優先し、給食対応が困難となる場合があります。「E. その他の配慮」欄については、保護者の方と保育所等が話し合いを行ううえで、配慮すべきことなどを具体的に記入

⑤緊急連絡先

保護者と相談の上、緊急連絡先を記入 ※特にアナフィラキシー既往歴がある場合は、記漏れが無いよう注意

⑥記載日、医師名、医療機関名をご記入ください。

⑦は、保護者記入です。

人吉市就学前教育・保育施設様式 「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」より一部改変