

(様式2)

幼稚園生活管理指導表(食物アレルギー)

名前 _____ 男・女 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生(_____ 歳) _____ 組

提出日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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	園生活上の留意点	【緊急時連絡先】
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. 即時型 2. 口腔アレルギー症候群 3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	A. 給食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	☆保護者連絡先 電話番号: 自宅(_____) 携帯(_____)
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. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー(原因): 3. 運動誘発アナフィラキシー 4. 昆虫 5. 医薬品 6. その他(_____)	B. 食物・食材を扱う園活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 C. 運動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	☆保護者職場 名称(_____) 電話番号(_____) ☆緊急連絡先 名称(_____) 電話番号(_____)
C. 原因食物・診断根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ〈 〉内に診断根拠を記載 1. 鶏卵 < _____ > 2. 牛乳・乳製品 < _____ > 3. 小麦 < _____ > 4. ソバ < _____ > 5. ピーナッツ < _____ > 6. 種実類・木の実類 < _____ > (_____) 7. 甲殻類(エビ・カニ) < _____ > (_____) 8. 果物類 < _____ > (_____) 9. 魚類 < _____ > (_____) 10. 肉類 < _____ > (_____) 11. その他1(野菜類) < _____ > (_____) 12. その他2(穀類・その他) < _____ > (_____)	D. 園外活動 1. 配慮不要 2. 食事やイベントの際に配慮が必要 E. その他の配慮・管理事項(自由記載)	☆連絡医療機関 医療機関名: 指定(あり・なし) 電話(_____)
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®」) 3. その他(_____)		記載日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関名・住所・電話・医師名 (印)

[診断根拠] 該当するもの全てを〈 〉内に記載

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

☆幼稚園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教職員全員で共有することに同意します。

保護者名: _____ (印)