

保育所等におけるアレルギー疾患生活管理指導表（医師診断書）

児童氏名 _____（男・女） 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生（ _____ 歳）

食物アレルギー (いずれか✓) ☐ あり ☐ なし	A 食物アレルギー病型 1 即時型 2 口腔アレルギー 3 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 4 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎		
アナフィラキシー (いずれか✓) ☐ あり ☐ なし	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 3 運動誘発アナフィラキシー 4 その他（昆虫・医薬品・ _____）		
C 原因食品・診断根拠	原因食品	除去の程度（✓）	診断根拠（該当するもの全てに○印）
	鶏卵	☐ 完全除去・ ☐	既往・食物負荷試験・I gE 抗体検査
	牛乳	☐ 完全除去・ ☐	既往・食物負荷試験・I gE 抗体検査
	小麦	☐ 完全除去・ ☐	既往・食物負荷試験・I gE 抗体検査
	大豆	☐ 完全除去・ ☐	既往・食物負荷試験・I gE 抗体検査
		☐ 完全除去・ ☐	既往・食物負荷試験・I gE 抗体検査
		☐ 完全除去・ ☐	既往・食物負荷試験・I gE 抗体検査
		☐ 完全除去・ ☐	既往・食物負荷試験・I gE 抗体検査
	（注）小麦や大豆は調味料も除去するのか、除去を行う際の注意点を記載願います。		
D 緊急時に備えた処方薬（症状が出た場合の対処法） 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（ _____ ）			
E 生活管理上の配慮事項（給食・おやつ、食物・食材を使う活動、運動、宿泊、その他） ※ 小麦粉粘土、牛乳パック工作、そば打ち体験、豆まきなどの対応			
F アナフィラキシーで通院や入院治療をしたことがあれば、その状況を教えてください。 発症日（年齢）： _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳）原因食品： 症状：			

本診断書の内容に関しては、（ 3・6・12 ）ヶ月後に再評価が必要です。（いずれか○印）

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関名

電話番号

医師氏名

※この様式は、厚生労働省「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」に準拠しています。