

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✓) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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✓) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 完全除去・ <input type="checkbox"/>	既往・食物負荷試験・I gE 抗体検査
	牛乳	<input type="checkbox"/> 完全除去・ <input type="checkbox"/>	既往・食物負荷試験・I gE 抗体検査
	小麦	<input type="checkbox"/> 完全除去・ <input type="checkbox"/>	既往・食物負荷試験・I gE 抗体検査
	大豆	<input type="checkbox"/> 完全除去・ <input type="checkbox"/>	既往・食物負荷試験・I gE 抗体検査
		<input type="checkbox"/> 完全除去・ <input type="checkbox"/>	既往・食物負荷試験・I gE 抗体検査
		<input type="checkbox"/> 完全除去・ <input type="checkbox"/>	既往・食物負荷試験・I gE 抗体検査
		<input type="checkbox"/> 完全除去・ <input type="checkbox"/>	既往・食物負荷試験・I gE 抗体検査
		<input type="checkbox"/> 完全除去・ <input type="checkbox"/>	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。