

施設名:

# 未就学児用 食物アレルギー・アナフィラキシー 生活管理指導表

提出日 年 月 日

児氏名( ) 【男・女】 年 月 日生 ( 歳 ヶ月) 組名( )

★施設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施設の職員及び消防機関・医療機関等と共有することに、同意します。

保護者署名( )

**緊急時連絡先** \*連絡医療機関は、主治医と相談のうえで記載してください。(「救急車要請」と記載することも可。)

★ 第1連絡者 氏名 電話 続柄( ) 第2連絡者 氏名 電話 続柄( )

★ 医療機関 名称 電話

※ 以下は主治医(医療機関)におかれまして、現在の状況及び今後1年間を通じて予測される状況等の記載をお願いします。

主治医氏名 ( ) 医療機関の名称( ) 記載日 年 月 日	
病型・治療	施設での生活上の留意点
A.食物アレルギー病型 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・乳児消化管アレルギー・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: )	A.給食・離乳食(おやつを含む) 1.管理不要 2.管理必要(管理内容については病型・治療のC.欄及び下記C.E欄を参照)
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・ )	B.アレルギー用調整粉乳 1.不要 2.必要 *該当ミルク名( )
C.原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、除去の根拠を下記より選択し①～④の該当する全ての番号を( )に記載 また8～15については、《 》内にも記載 <b>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</b> 1.鶏卵 ( ) 2.牛乳・乳製品 ( ) 3.小麦 ( ) 4.ソバ ( ) 5.ピーナッツ( ) 6.大豆 ( ) 7.ゴマ ( ) 8.ナッツ類 ( ) 《 すべて・クルミ・カシューナッツ・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 ( ) 《 》	C.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. 卵殻カルシウム(鶏卵) 2. 乳糖(牛乳・乳製品) 3. 醤油・酢・麦茶(小麦) 4. 大豆油・醤油・味噌(大豆) 5. ゴマ油(ゴマ) 6. かつおだし・いりこだし(魚類) 7. エキス(肉類) 12. かつおだし・いりこだし(魚類) 13. エキス(肉類)
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 ( )	D.食物・食材を扱う活動 1.管理不要 2.原因食材を教材とする活動の制限( ) 3.調理活動時の制限( ) 4.その他 ( ) E.その他の配慮・管理事項

※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。

※管理指導表は症状等に変化がない場合であっても、配慮や管理が必要な間は、少なくとも毎年提出してください。

【症状チェックシート】

- ◆迷ったらエピペン®を使用する
- ◆症状は急激に変化する可能性がある
- ◆少なくとも5分ごとに症状を注意深く観察する
- ◆    の症状が1つでも当てはまる場合、エピペン®を使用する  
(内服薬を飲んだ後にエピペン®を使用しても問題ない)

◆症状のチェックは緊急性が高い、左の欄から行う (    →    →    )

全身の 症状	<input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 意識もうろう <input type="checkbox"/> 尿や便を漏らす <input type="checkbox"/> 脈が触れにくいまたは不規則 <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い		
呼吸器 の症状	<input type="checkbox"/> のどや胸が締め付けられる <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 犬が吠えるような咳 <input type="checkbox"/> 息がしにくい <input type="checkbox"/> 持続する強い咳き込み <input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸	<input type="checkbox"/> 数回の軽い咳	
消化器 の症状	<input type="checkbox"/> 持続する強い(がまんできない) お腹の痛み <input type="checkbox"/> 繰り返す吐き続ける	<input type="checkbox"/> 中等度のお腹の痛み <input type="checkbox"/> 1～2回の嘔吐 <input type="checkbox"/> 1～2回の下痢	<input type="checkbox"/> 軽い(がまんできる)お腹の痛み <input type="checkbox"/> 吐き気
目・口・ 鼻・顔 の症状	<b>上記の症状が 1つでも当てはまる場合</b>	<input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ <input type="checkbox"/> まぶたの腫れ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ、充血 <input type="checkbox"/> 口の中の違和感、唇の腫れ <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、鼻づまり
皮膚の 症状		<input type="checkbox"/> 強いかゆみ <input type="checkbox"/> 全身に広がるじんま疹 <input type="checkbox"/> 全身が真っ赤	<input type="checkbox"/> 軽度のかゆみ <input type="checkbox"/> 数個のじんま疹 <input type="checkbox"/> 部分的な赤み
	<b>1つでも当てはまる場合</b>	<b>1つでも当てはまる場合</b>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>①ただちにエピペン®を使用</li> <li>②救急車を要請 (119番)</li> <li>③その場で安静を保つ</li> <li>④その場で救急隊を待つ</li> <li>⑤可能なら内服薬を飲ませる (                    )</li> </ol> <p style="text-align: center; color: red; font-weight: bold;">ただちに救急車で 医療機関へ搬送</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>①内服薬を飲ませ、エピペン® を準備 (                    )</li> <li>②速やかに医療機関を受診 (救急車の要請も考慮) (                    )</li> <li>③医療機関に到着するまで 少なくとも5分ごとに症状 の変化を観察。<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">  </span> の症状 が1つでも当てはまる場合、 エピペン®を使用。</li> </ol> <p style="text-align: center; color: yellow; font-weight: bold;">速やかに 医療機関を受診</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>①内服薬を飲ませる (                    ) (                    )</li> <li>②少なくとも1時間は、5分ご とに症状の変化を観察し、 症状の改善がみられない場 合は医療機関を受診 (                    )</li> </ol> <p style="text-align: center; color: blue; font-weight: bold;">安静にし 注意深く経過観察</p>