

保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表(気管支喘息・アトピー性皮膚炎・アレルギー性結膜炎)

提出日 平成\_\_年\_\_月\_\_日 (表面)

名前 \_\_\_\_\_ 男・女 平成\_\_年\_\_月\_\_日生( \_\_歳\_\_ヶ月) \_\_\_\_\_ 組

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場合に限りて作成するものです。

病型・治療		保育所での生活上の留意点		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 年 月 日 医師名 医療機関名
気管支喘息 (あり・なし)	<b>A. 重症度分類(治療内容を考慮した)</b> 1. 間欠型 2. 軽症持続型 3. 中等症持続型 4. 重症持続型 <b>B. 長期管理薬</b> 1. ステロイド吸入薬 剤形: 投与量(日): 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 3. DSCG吸入薬 4. ベータ刺激薬 内服 貼付薬 5. その他 ( )	<b>C. 急性発作治療薬</b> 1. ベータ刺激薬吸入 2. ベータ刺激薬内服 3. その他 <b>D. 急性発作時の対応(自由記載)</b>	<b>A. 寝具に関する留意点</b> 1. とくになし(通常管理のみ) 2. 防ダニシーツ等の使用 3. 保護者と相談 <b>B. 食物に関する留意点</b> 1. とくになし 2. 食物アレルギー管理指導表参照 <b>C. 動物との接触</b> 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物への反応が強いため不可 動物名( ) <b>D. 外遊び、運動に対する配慮</b> 1. とくになし 2. 保護者と相談し決定	
	<b>アトピー性皮膚炎</b> (あり・なし)	<b>病型・治療</b> <b>A. 重症度のめやす(厚生労働科学研究班)</b> 1. 軽症:面積に関わらず、軽度の皮疹のみみられる。 2. 中等症:強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満にみられる。 3. 重症:強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満にみられる。 4. 最重症:強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上にみられる。 ※軽度の皮疹:軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変 ※強い炎症を伴う皮疹:紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変 <b>B-1. 常用する外用薬</b> 1. ステロイド軟膏 2. タクロリムス軟膏(「プロトピック」) 3. 保湿剤 4. その他( ) <b>B-2. 常用する内服薬</b> 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他( ) <b>C. 食物アレルギーの合併</b> 1. あり 2. なし	<b>保育所での生活上の留意点</b> <b>A. プール・水遊び及び長時間の紫外線下での活動</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 <b>B. 動物との接触</b> 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名( ) <b>C. 発汗後</b> 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 夏季シャワー浴(施設で可能な場合) <b>D. その他の配慮・管理事項</b> (自由記載)	記載日 年 月 日 医師名 医療機関名
<b>アレルギー性鼻炎</b> (あり・なし)	<b>病型・治療</b> <b>A. 病型</b> 1. 通年性アレルギー性結膜炎 2. 季節性アレルギー性結膜炎(花粉症) 3. 春季カタル 4. アトピー性角結膜炎 5. その他( ) <b>B. 治療</b> 1. 抗アレルギー点眼薬 2. ステロイド点眼薬 3. 免疫抑制点眼薬 4. その他( )	<b>保育所での生活上の留意点</b> <b>A. プール指導</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. プールへの入水不可 <b>B. 屋外活動</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 <b>C. その他の配慮・管理事項(自由記載)</b>	記載日 年 月 日 医師名 医療機関名	

この生活管理指導表は、地域独自の取り組みや現場からの意見を踏まえ、今後改善していくことを考えております。

保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表(食物アレルギー・アナフィラキシー・アレルギー性鼻炎) 提出日 平成\_\_年\_\_月\_\_日 (裏面)

名前 \_\_\_\_\_ 男・女 平成\_\_年\_\_月\_\_日生( \_\_歳\_\_ヶ月) \_\_\_\_\_ 組

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場合に限り作成するものです。

病型・治療		保育所での生活上の留意点		【緊急連絡先】	★保護者 電話:		
食物アレルギー(あり・なし) アナフィラキシー(あり・なし)	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)	A. 給食・離乳食			記載日	★連絡医療機関 医療機関名:  電話:	
	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)	B. アレルギー用調整粉乳					年 月 日
	C. 原因食物・除去根拠	C. 食物・食材を扱う活動					医師名
	D. 緊急時に備えた処方薬	D. 除去食品で摂取不可能なもの		医療機関名			
E. その他の配慮・管理事項		E. その他の配慮・管理事項		記載日	年 月 日		
病型・治療		保育所での生活上の留意点		記載日			
アレルギー性鼻炎(あり・なし)	A. 病型	A. 屋外活動		医師名			
	B. 治療	B. その他の配慮・管理事項(自由記載)		医療機関名			

この生活管理指導表は、地域独自の取り組みや現場からの意見を踏まえ、今後改善していくことを考えております。(出典:厚労省「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」23.3)