

提出日 年 月 日

氏名	男 ・ 女
年 月 日生 ( 歳 か月)	歳児クラス (4月1日現在)

保育所等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保育所等職員全体で共有することに同意しますか。 1. 同意する 2. 同意しない

保護者署名：  (印)

医師名	記載日	年	月	日
医療機関名	確認日		医師名	捺印
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			

病型・治療

A. 食物アレルギー病型

- 即時型
- 新生児・乳児消化管アレルギー
- その他 ( 口腔アレルギー症候群 ・ )

B. アナフィラキシー病型 (アナフィラキシーの既往がある場合のみ記載してください。)

- 食物 ( 原因 : )
- その他 ( 食物依存性運動誘発アナフィラキシー ・ 医薬品 ・ ラテックス ・ )

C. 原因食物・除去根拠 (該当する食品と、その除去根拠に○をしてください)

- |            |  |         |
|------------|--|---------|
| 1. 鶏卵      |  | ア・イ・ウ・エ |
| 2. 牛乳・乳製品  | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>《除去根拠》</p> <p>ア. 明らかな症状の既往</p> <p>イ. 食物負荷試験陽性</p> <p>ウ. IgE抗体等検査結果陽性</p> <p>エ. 食べたことがない</p> </div> | ア・イ・ウ・エ |
| 3. 小麦      |  | ア・イ・ウ・エ |
| 4. 大豆      |  | ア・イ・ウ・エ |
| 5. ソバ      |  | ア・イ・ウ・エ |
| 6. ピーナッツ   |  | ア・イ・ウ・エ |
| 7. その他 ( ) |  | ア・イ・ウ・エ |

D. 緊急時に備えた処方薬

- 内服薬 (抗ヒスタミン薬、ステロイド薬)
- アドレナリン自己注射薬 「エピペン®」
- その他 ( )

アナフィラキシー時は緊急時連絡医療機関への連絡よりも、エピペン®投与や救急車要請を優先して下さい。

保育所での生活上の留意点

- A. 給食・離乳食などの食物管理 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定
- B. アレルギー用調整粉乳 1. 不要 2. 必要 下記該当ミルクに○、または記入  
 ミルフィー・ニューMA-1・MA-mi・ペプディエット・エレメンタルフォーミュラ・ ( )
- C. その他の配慮・管理事項 (自由記載)

緊急時連絡先 ※連絡医療機関は保護者と相談のうえ記載してください。「救急車要請」と記載することも可。

★ 保護者 電話① (続柄: ) 電話② (続柄: )

★ 連絡医療機関 名称 電話