

| 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： |
|--|--|---|--|
| | 気管支喘息 (あり・なし) A. 重症度分類（治療内容を考慮した） 1. 間欠型 2. 軽症持続型 3. 中等症持続型 4. 重症持続型 B. 長期管理薬 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（ ） | C. 急性発作治療薬 1. ベータ刺激薬吸入 2. ベータ刺激薬内服 3. その他 D. 急性発作時の対応（自由記載） | |
| 病型・治療 | 保育所での生活上の留意点 | | 記載日 年 月 日 |
| アトピー性皮膚炎 (あり・なし) A. 重症度のみやす（厚生労働科学研究班） 1. 軽症：面顔に問わず、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、屑屑主体の病変 ※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-1. 常用する外用薬 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-2. 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他（ ） C. 食物アレルギーの合併 1. あり 2. なし | A. プール・水遊び及び長時間の紫外線下での活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. 動物との接触 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（ ） C. 発汗後 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） D. その他の配慮・管理事項 （自由記載） | | 医師名 医療機関 |
| 病型・治療 | 保育所での生活上の留意点 | | 記載日 年 月 日 |
| アレルギー性結膜炎 (あり・なし) A. 病型 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（ ） A. 治療 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（ ） | A. プール指導 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. 屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 C. その他の配慮・管理事項（自由記載） | | 医師名 医療機関 |

名前 _____ 男・女 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日生（ ____ 歳 ____ ヶ月） _____ 組

| アレルギー疾患 | 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 |
|-----------------|---|---|--|
| | アナフィラキシー（あり・なし） 食物アレルギー（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） 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（新生児消化器症状・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）) 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（薬物・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）) C. 原因食物・除去根拠該当する食品の番号に○をし、かつ（ ）内に除去根拠を記載 1. 鶏卵（ ） 2. 牛乳・乳製品（ ） 3. 小麦（ ） 4. ビーナッツ（ ） 5. 大豆（ ） 6. ゴマ（ ） 7. ナッツ類（ ）（すべて・クルミ・アーモンド） 8. 甲殻類（ ）（すべて・エビ・カニ） 9. 軟体類・貝類（ ）（すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ） 10. 魚卵（ ）（すべて・イクラ・タラコ） 11. 魚類（ ）（すべて・サバ・サケ） 12. 肉類（ ）（鶏肉・牛肉・豚肉） 13. 果物類（ ）（キウイ・バナナ） 14. その他（ ） *…類などでは括弧内の該当するものに○をするか具体的に記載 [除去根拠] 該当するものを（ ）内に記載 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 | |
| アレルギー性鼻炎（あり・なし） | 病型・治療 A. 病型 1. 通年性アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎 主な症状の時期： 春、夏、秋、冬 B. 治療 1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬（内服） 2. 鼻噴霧用ステロイド薬 3. その他 | 保育所での生活上の留意点 A. 屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. その他の配慮・管理事項（自由記載） | 記載日 ____ 年 ____ 月 ____ 日 医師名 医療機関 |