様式第２

生活管理指導票【食物アレルギーに関する調査票】

（豊山・冨士・青山）保育園＿＿＿組　園児氏名（ふりがな）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（男・女）　＿＿年＿＿月＿＿日生（＿＿歳＿＿ヶ月）

アナフィラキシー（あり・なし）
食物アレルギー（あり・なし）

病型・治療

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（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・その他：　　）

C．原因食物・除去根拠
該当する食品の番号に〇をし、かつ《　》内に除去根拠を記載

1．鶏卵　《　》
2．牛乳・乳製品　《　》
3．小麦　《　》（小麦に〇の場合以下も確認してください）
大麦　（□除去が必要・□除去は不要）
ライ麦・オーツ麦等（□除去が必要・□除去は不要）
4．ソバ　《　》
5．ピーナッツ　《　》
6．大豆　《　》
7．ごま　《　》
8．ナッツ類　《　》※（ｸﾙﾐ・ｶｼｭｰﾅｯﾂ・ｱｰﾓﾝﾄﾞ・　）
9．甲殻類(エビ・カニ)　《　》※（ｴﾋﾞ・ｶﾆ・　）
10．軟体類(イカ)・貝類　《　》※（ｲｶ・ﾀｺ・ﾎﾀﾃ・ｱｻﾘ・　）
11．魚卵　《　》※（ｼｼｬﾓ・わかさぎ・きびなご・　）
12．魚類　《　》※（ｻﾊﾞ・ｻｹ・　）
13．肉類　《　》※（鶏肉・牛肉・豚肉・　）
14．果物類　《　》※（ｷｳｲ・ﾊﾞﾅﾅ・もも・りんご・ｵﾚﾝｼﾞ・　）
15．その他　《　》※（　）

【除去根拠】
該当するもの全ての番号を《　》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

「※は（　）の中の該当する項目に〇をするか具体的に記載すること」

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（　　）

保育園での生活上の留意点

E．給食・離乳食

１．管理不要
２．管理必要（保護者と相談し決定）

F．アレルギー用調整粉乳

１．管理不要
２．管理必要（保護者と相談し決定）

G．食物・食材を扱う活動

１．管理不要
２．管理必要（保護者と相談し決定）

H．除去食品で摂取不可能なもの（重症度判定）

摂取不可能なものに〇、摂取可能な場合は未記入。
※本欄に〇がついた場合、微量混入（コンタミネーション）の可能性を完全に排除することが難しく、給食での対応が出来ないため、弁当持参となる。

1．鶏卵　：卵殻カルシウム
2．牛乳・乳製品：乳糖・乳清焼成カルシウム
3．小麦　：醤油・酢・味噌・麦茶
6．大豆　：大豆油・醤油・味噌
7．ごま　：ごま油
12．魚類　：カツオだし・いりこだし・魚醤
13．肉類　：エキス
16．コンタミネーション（混入）表示の具材

Ⅰ．特記事項

（その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は保育園が保護者と相談のうえ決定）

【緊急連絡先】

★保護者
氏名：

電話（続柄）
①　（　）
②　（　）

★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

様式第２

生活管理指導票【食物アレルギーに関する調査票】

記入例

（豊山）・冨士・青山）保育園 **りす** 組 園児氏名（ふりがな） **豊山 桃子**（とよやま ももこ） （男・女） ○○年 ○ 月 ○ 日生（ **1** 歳 ○ ヶ月）

アナフィラキシー（あり・なし）
食物アレルギー（あり・なし）

病型・治療

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 ）

アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記入してください。

B．アナフィラキシー病型（アナフィラキ 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・その他： ）

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 《 》（小麦に○の場合以下も確認してください）
大麦 （□除去が必要・☑除去は不要）
ライ麦・オーツ麦等（□除去が必要・☑除去は不要）
4．ソバ 《 》
⑤ ピーナッツ 《 》
6．大豆 《 》
7．ごま 《 》
8．ナッツ類 《 》※（ｸﾙﾐ・ｶｼｭｰﾅｯﾂ・ｱｰﾓﾝﾄﾞ・ ）
9．甲殻類(エビ・カニ) 《 》※（ｴﾋﾞ・ｶﾆ・ ）
10．軟体類(イカ)・貝類 《 》※（ｲｶ・ﾀｺ・ﾎﾀﾃ・ｱｻﾘ・ ）
11．魚卵 《 》※（ｼｼｬﾓ・わかさぎ・きびなご・ ）
12．魚類 《 》※（ｻﾊﾞ・ｻｹ・ ）
13．肉類 《 》※（鶏肉・牛肉・豚肉・ ）
14．果物類 《 》※（ｷｳｲ・ﾊﾞﾅﾅ・もも・りんご・ｵﾚﾝｼﾞ・ ）
15．その他 《 》※（ ）

【除去根拠】
該当するもの全ての番号を《 》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

「※は（ ）の中の該当する項目に○をするか具体的に記載すること」

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（ ）

保育園での生活上の留意点

E．給食・離乳食

1．管理不要
② 管理必要（保護者と相談し決定）

F．アレルギー用調整粉ミルク

① 管理不要
2．管理必要（保護者

G．食物・食材を扱う活

1．管理不要
② 管理必要（保護者

摂取不可能なものがない場合は、この欄には何も記入しないでください。（重症度の判定になります。）

H．除去食品で摂取不可能なもの（重症度判

摂取不可能なものに○、摂取可能な場合は未記入。

※本欄に○がついた場合、微量混入（コンタミネーション）の可能性を完全に排除することが難しく、給食対応が出来ないため、弁当持参となる。

1．鶏卵 ：卵殻カルシウム
2．牛乳・乳製品：乳糖・乳清焼成カルシウム
3．小麦 ：醤油・酢・味噌・麦茶
6．大豆 ：大豆油・醤油・味噌
7．ごま ：ごま油
12．魚類 ：カツオだし・いりこだし・魚醤
13．肉類 ：エキス
16．コンタミネーション（混入）表示の具材

I．特記事項

（その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は保育園が保護者と相談のうえ決定）

★保護者
氏名：
豊山 太郎

電話（続柄）
① **090**-○○○○-××××(**母**)
② **090**-○○○○-××××(**母**)

★連絡医療機関
医療機関名：
○×△病院

電話：
0568-○○-××××

記載日
○○ 年 ○ 月 ○ 日

医師名 ㊞

医療機関名

医療機関記載欄