生活管理指導表【食物アレルギー】

児童名	男 女	生年月日 平成・令和　　年　　月　　日（　　歳）	施設名

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）

アナフィラキシー　　（　あり　・　なし　）

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・昆虫・動物のフケや毛）

除去が必要な食品	摂取した場合に出現する可能性のある症状
卵	即時型反応　□ショック　□呼吸困難　□咳き込み　□嘔吐・腹痛顔面紅潮　□蕁麻疹 非即時型反応　□湿疹　□掻痒感　□下痢 □その他 【除去根拠】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
牛乳	即時型反応　□ショック　□呼吸困難　□咳き込み　□嘔吐・腹痛顔面紅潮　□蕁麻疹 非即時型反応　□湿疹　□掻痒感　□下痢 □その他 【除去根拠】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
（　　）	即時型反応　□ショック　□呼吸困難　□咳き込み　□嘔吐・腹痛顔面紅潮　□蕁麻疹 非即時型反応　□湿疹　□掻痒感　□下痢 □その他 【除去根拠】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
（　　）	即時型反応　□ショック　□呼吸困難　□咳き込み　□嘔吐・腹痛顔面紅潮　□蕁麻疹 非即時型反応　□湿疹　□掻痒感　□下痢 □その他 【除去根拠】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
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（　　）
生活上の留意点	①給食・離乳食　（ア　管理不要　イ　管理必要） ②アレルギー用調整粉乳（ア　不要　イ　必要　ミルク名：　　） ③除去食品においてより厳しい除去が必要なもの　（　　） ④食物・食材を扱う活動（ア　管理不要　イ　原因食材を教材とする活動の制限 ウ　調理活動時の制限　エ　その他　　） ⑤その他の配慮（接触など）〔　　〕
緊急時連絡先	保　護　者　（電話番号　　） 医療機関名 医療機関電話番号

本指示書の内容については、□　１年後　または、□（　　）か月後に再評価が必要です。

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿　　記載日：令和　　年　　月　　日

医療機関☎（　　）　　担当医師名＿＿＿＿＿＿＿＿印