

名前 男・女 平成・令和 年 月 日生（ 歳 ヶ月） 組

病型・治療	保育所での生活上の留意点	「緊急連絡先」	
A. アナフィラキシー症状の既往 <div style="text-align: center; font-size: 1.2em;">あり ・ なし</div> 発生年月 年 月	A. 給食・離乳食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定（別途同意書記入） B. アレルギー用調整粉乳 ※2. 必要に該当の場合はご持参になります。 1. 不要 2. 必要 下記該当ミルクに○、又は（ ）内に記入 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 その他（ ）		★保護者 電話： ★連絡医療機関 医療機関名： 電話：
B. 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）	C. 食物・食材を扱う活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定（別途同意書記入） D. 除去食品で摂取不可能なもの 病型・治療のDで除去の際に摂取不可能なものに○		記載日 <div style="text-align: right;">年 月 日</div>
C. 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）	2. 加熱鶏卵： 卵殻カルシウム 3. 牛乳・乳製品： 乳糖 4. 小麦： 醤油・酢・麦茶 7. 大豆： 大豆油・醤油・味噌 8. ゴマ： ゴマ油 13. 魚類： かつおだし・いりこだし 14. 肉類： エキス		医師名 医療機関名
D. 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. 非加熱鶏卵 《 》 2. 加熱鶏卵 《 》 3. 牛乳・乳製品 《 》 4. 小麦 《 》 5. ソバ 《 》 6. ピーナッツ 《 》 7. 大豆 《 》 8. ゴマ 《 》 9. ナッツ類* 《 》（すべて・クルミ・アーモンド・） 10. 甲殻類* 《 》（すべて・エビ・カニ・） 11. 軟体類・貝類* 《 》（すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ・） 12. 魚卵 《 》（すべて・イクラ・タラコ・） 13. 魚類* 《 》（すべて・サバ・サケ・） 14. 肉類* 《 》（鶏肉・牛肉・豚肉・） 15. 果物類* 《 》（キウイ・バナナ・） 16. その他 《 》（ ） 「*類は（ ）の中の該当する項目に○をするか具体的に記載すること」	E. 給食室の調理環境について、該当するものに○ ※一つでも該当の場合はお弁当対応になります。 1. 給食室の空気中の粉塵に除去食品が混じっても症状が出る 2. 除去食品は使用されていないが、パイプライン(同じ洗い場など)で除去食品が使用されている場合でも、食べると症状が出る F. その他の配慮・管理事項		有効期限 本指示書の内容に関して、記載日より 6ヶ月後 ・ 12ヶ月後 に再評価が必要です。 （当てはまるものに○をつけて下さい）
E. 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®0.15mg」 3. アドレナリン自己注射薬「エピペン®0.30mg」 4. その他（ ）			