

※「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」(2019年改訂版)参照

園におけるアレルギー疾患生活管理指導表 (アトピー性皮膚炎・アレルギー性結膜炎・アレルギー性鼻炎)

提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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

※この生活管理指導表は、保育所の生活において特別な配慮や管理が必要となった子どもに限って、医師が作成するものです。

	病型・治療	園での生活上の留意点	記載日	
アトピー性皮膚炎 (あり・なし)	A. 重症度のめやす(厚生労働科学研究班) 1. 軽症:面積に関わらず、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、落屑主体の病変 ※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	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. 管理必要 (_____) B. 動物との接触 1. 管理不要 2. 動物への反応が強いため不可 動物名 (_____) 3. 飼育活動等の制限 (_____) 4. その他 (_____) C. 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要(管理内容: _____) 3. 夏季シャワー浴 (施設で可能な場合)	D. 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。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定)	年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____ 電話 _____
	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	
	病型・治療 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(_____) B. 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(_____)		園での生活上の留意点 A. プール指導 1. 管理不要 2. 管理必要(管理内容: _____) 3. プールへの入水不可 B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要(管理内容: _____)	年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____ 電話 _____
アレルギー性結膜炎 (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(花粉症) 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. 舌下免疫療法 4. その他		年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____ 電話 _____	
	園での生活上の留意点 A. 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要(管理内容: _____) B. 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。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定)			
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(花粉症) 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. 舌下免疫療法 4. その他		年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____ 電話 _____	

●園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園の職員及び消防機関・医療機関等と共有することに同意しますか。

- ・ 同意する
- ・ 同意しない

保護者氏名 _____