

①保育園におけるアレルギー疾患生活管理指導表（食物アレルギー・アナフィラキシー・アレルギー性鼻炎）

この生活管理指導表は保育園等の生活において特別な配慮や管理が必要となった場合に限りて医師が作成するものです。

※1年ごとの再評価が必要です。

提出日

令和

年

月

日

フリガナ

園児名

性別

男・女

生年月日

平成／令和 年 月 日生

年齢

歳

か月

組

病型・治療

保育園での生活上の留意点

★保護者

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入）

- 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎
- 即時型
- 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入）

- 食物（原因：（ ））
- その他（原因：（ ））

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

- 鶏卵 《 》
- 牛乳・乳製品 《 》
- 小麦 《 》
- ソバ 《 》
- ピーナッツ 《 》
- 大豆 《 》
- ゴマ 《 》
- ナッツ類 * 《 》（すべて・クルミ・アーモンド・（ ））
- 甲殻類 * 《 》（すべて・エビ・カニ・（ ））
- 軟体類・貝類 * 《 》（すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ・（ ））
- 魚卵 * 《 》（すべて・イクラ・タラコ・（ ））
- 魚類 * 《 》（すべて・サバ・サケ・（ ））
- 肉類 * 《 》（鶏肉・牛肉・豚肉・（ ））
- 果物類 * 《 》（キウイ・バナナ・（ ））
- その他 《 》（（ ））

「*類は（ ）の中の該当する項目に○をするか具体的に記入すること」

D. 緊急時に備えた処方薬

- 内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬）
- アドレナリン自己注射薬「エビペン®0.15mg」
- その他（（ ））

A. 給食・離乳食

- 特になし（管理不要）
- 保護者と相談し決定

B. アレルギー用調整粉乳

- 不要
- 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-I ・ MA-mi
ベプディエット ・ エレメンタルフォーミュラ
その他（（ ））

C. 除去食品で摂取不可能なもの

病型・治療のCで除去の際に摂取不可能なものに○を記入
※本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した料理については、給食対応が困難となる場合があります

- 鶏卵 : 卵殻カルシウム
- 牛乳・乳製品 : 乳糖
- 小麦 : 醤油・酢・麦茶
- 大豆 : 大豆油・醤油・味噌
- ゴマ : ゴマ油
- 魚類 : かつおだし・いりこだし
- 肉類 : エキス

D. 食物・食材を扱う活動

- 特になし（管理不要）
- 保護者と相談し決定

E. その他の配慮・管理事項

【緊急連絡先】

★保護者

<記入日>

令和 年 月 日

<医師名>

<医療機関名>

ここを保護者様に記入して頂く。

その他の項目は受診した病院で記入

アナフィラキシー（あり・なし）

食物アレルギー（あり・なし）

アレルギー性鼻炎（あり・なし）

病型・治療

保育園での生活上の留意点

<記入日>

令和 年 月 日

<医師名>

<医療機関名>

A. 病型

- 通年性アレルギー性鼻炎
- 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

- 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬（内服）
- 鼻噴霧用ステロイド薬
- その他（（ ））

A. 屋外活動

- 特になし（管理不要）
- 保護者と相談し決定

B. その他の配慮・管理事項

※1年ごとの再評価が必要です。

[illegible]

②保育園におけるアレルギー疾患生活管理指導表（気管支喘息・アトピー性皮膚炎・アレルギー性結膜炎）

この生活管理指導表は保育園の生活において特別な配慮や管理が必要となった場合に限って作成するものです。

提出日

令和 年 月 日

フリガナ		性 別	男 ・ 女	生年月日	平成／令和 年 月 日 生	年 齢	歳 月 日	組
園 児 名								

気管支喘息 （あり・なし）	病 型 ・ 治 療			保育園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： 記入日：令和 年 月 日 <医師名> <医療機関名>
	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			A. 寝具に関すること 1. 特になし（管理不要） 2. 防ダニシーツ等の使用 3. 保護者と相談し決定					
	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. DSG吸入薬 4. ベータ刺激薬（内服薬 ・ 吸入薬 ・ 貼付薬） 5. その他（ ）			B. 食物に関すること 1. 特になし（管理不要） 2. 食物アレルギー管理指導表参照 C. 動物との接触 1. 特になし（管理不要） 2. 保護者と相談し決定 3. 接触不可（動物名： ）					
	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. 外遊び、運動に対する配慮 1. 特になし 2. 保護者と相談し決定 E. その他の配慮・管理事項					
	D. 急性発作時の対応 対応方法など（ ）								
アトピー性皮膚炎 （あり・なし）	病 型 ・ 治 療			保育園での生活上の留意点					記入日：令和 年 月 日 <医師名> <医療機関名>
	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. 特になし（管理不要） 2. 保護者と相談し決定 B. 動物との接触 1. 特になし（管理不要） 2. 保護者と相談し決定 3. 接触不可（動物名： ） C. 発汗後 1. 特になし（管理不要） 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					
	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						
アレルギー性結膜炎 （あり・なし）	病 型 ・ 治 療			保育園での生活上の留意点					記入日：令和 年 月 日 <医師名> <医療機関名>
	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（ ）	A. プール指導 1. 特になし（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. 特になし（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					

ここを保護者様に記入して頂く。
その他の項目は受診した病院で記入

②保育園におけるアレルギー疾患生活管理指導表（気管支喘息・アトピー性皮膚炎・アレルギー性結膜炎）

この生活管理指導表は保育園の生活において特別な配慮や管理が必要となった場合に限って作成するものです。

提出日	令和 年 月 日
-----	---

フリガナ		性 別	男 ・ 女	生年月日	平成／令和 年 月 日生	年 齢	歳 か月 日	組
園 児 名								

気管支喘息 （あり・なし）	病 型 ・ 治 療			保育園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： 記入日：令和 年 月 日 <医師名> <医療機関名>
	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			A. 寝具に関すること 1. 特になし（管理不要） 2. 防ダニシーツ等の使用 3. 保護者と相談し決定			
	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（ 内服薬 ・ 吸入薬 ・ 貼付薬 ） 5. その他（ ）			B. 食物に関すること 1. 特になし（管理不要） 2. 食物アレルギー管理指導表参照			
	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（ ）			C. 動物との接触 1. 特になし（管理不要） 2. 保護者と相談し決定 3. 接触不可（動物名： ）			
	D. 急性発作時の対応 対応方法など（ ）			D. 外遊び、運動に対する配慮 1. 特になし 2. 保護者と相談し決定			
				E. その他の配慮・管理事項			

アトピー性皮膚炎 （あり・なし）	病 型 ・ 治 療			保育園での生活上の留意点			記入日：令和 年 月 日 <医師名> <医療機関名>
	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. 特になし（管理不要） 2. 保護者と相談し決定			
	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. 動物との接触 1. 特になし（管理不要） 2. 保護者と相談し決定 3. 接触不可（動物名： ）			
	B-2. 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他（ ）			C. 発汗後 1. 特になし（管理不要） 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： ）			
	C. 食物アレルギーの合併 1. あり 2. なし			D. その他の配慮・管理事項			

アレルギー性結膜炎 （あり・なし）	病 型 ・ 治 療		保育園での生活上の留意点		記入日：令和 年 月 日 <医師名> <医療機関名>
	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（ ）		
			A. プール指導 1. 特になし（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. 特になし（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		

持病に関する同意書

株式会社キッズコーポレーション
代表取締役 大塚 雅一殿

1. 私たちは救急の際の対応のため、次の情報を提供いたします。下記以外の情報はありません。

持病の詳細を出来るだけ詳しくご記入ください。 合わせて診断書の提出をお願いいたします。	
病 名	症 状
留意点	
持病が起こった際の対応(緊急措置・医療機関への搬送方法等)	

2. 私たちは下記事項に関する説明を了承しました。

- (1) 株式会社キッズコーポレーションにおいては、提供いただいた「1.」において提供いただいた情報を利用し、傷病の判断及び対応を行います。
- (2) 園児に何らかの症状等が発現した場合、株式会社キッズコーポレーションは原則として、保護者様にご連絡をし、ご対応を依頼するという対応、または医療機関への搬送、もしくは医療機関の受診という対応のみを行います。
- (3) 株式会社キッズコーポレーションの保育士は医療の専門家ではありませんので、保育園内において医療行為あるいはこれに類する行為は実施できません。また、提供された情報以外の対応は困難です。
- (4) 株式会社キッズコーポレーションは、本件業務に起因するものとは認められない傷病に関しては、賠償の責任を負担するものではありません。感染症の発生等についても同様です。
- (5) 株式会社キッズコーポレーションまたはその保育士の過失により、利用時間内に園児に傷病等が発生した場合、株式会社キッズコーポレーションおよびその保育士は、弊社加入の保険の範囲内で、損害を賠償いたします。
- (6) 本同意書に関する個人情報については、株式会社キッズコーポレーションにおける個人情報の扱いに従い、原則として、お子様の救急対応の目的外には使用されません。

以上

記入日：令和 年 月 日

園児氏名： _____

《親権者父》

《親権者母》

住 所： _____

住 所： _____

氏 名： _____

氏 名： _____

印

印

与薬依頼票（保護者記載用）

保育園では、原則として薬はお預かりしておりません。医師の判断で、保育中の与薬が必要と認められた時、かつ医師が処方した薬に限らせていただいております。下記の内容をよくご理解の上、必要事項をすべてご記入いただき、保育園にご提出ください。

- ① この書面に記載の薬のみをお預かりします。その際、必ず薬または容器に氏名(フルネーム)をご記入し、職員に手渡ししてください。
- ② 薬は1日分のみをお預けください（塗り薬の場合はケース、チューブごとで構いません）。保育園内での保管・管理については、十分職員にご周知ください。薬の有効期間、保管状態に関しては、保護者様の責任でお願いします。
- ③ 万一、指示通りの与薬・塗布によりお子さまに何らかの症状や影響が出た場合、保育園では一切責任は負いません。
- ④ 吸入対応は行っておりません。気管支拡張剤、座薬は慢性疾患に限り対応いたします。
気管支拡張剤を貼って登園する場合は、当与薬依頼票の提出は必要ございません。保育園で貼り替える必要がある場合は、貼付する場所を体の図にご記入（○印）してお知らせください。尚、気管支拡張剤1枚ずつにも必ず記名をしていただき誤飲防止のためのご協力をお願いいたします。

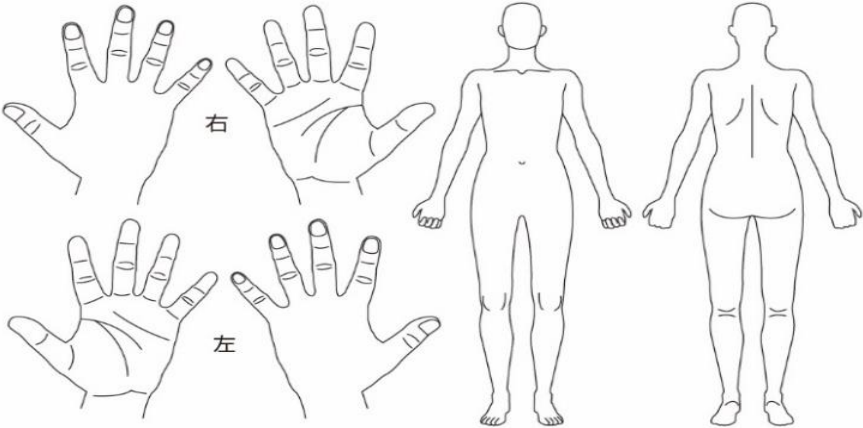
＜ 与 薬 承 諾 書 ＞

（保護者名） _____ は、 （お子さま名） _____ の薬を
保育園に預けるにあたり、上記の内容にすべて同意し、保育者による投薬・塗布を依頼します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 （署名） _____ 印

◆ 預ける前のチェック項目

- ☐ 包装や容器にお子さまのお名前は記入されていますか
- ☐ 医師が処方した薬品であり、医師や薬局による薬剤情報提供書(薬の説明)が同封されていますか
- ☐ 薬は1回分ずつ小分けにしていますか

与薬を指示された 医療機関名						病 名 (症 状)				
No.	種 類	数 量	薬 品 名			服用時間	保管場所	備 考		
例	粉薬	2	アスペリン ミヤBM			昼食後	常温			
1	粉 薬									
2	シロップ									
3	塗り薬									
4	その他									
所 場 応 対 の ど な 薬 用 外							その他の注意事項 薬の飲ませ方など、特に注意する点がありましたらお書きください。			
										
							責 任 者		受 取 者	
							月 日		月 日	