

名前 男・女 平成 年 月 日生 保育所名

提出日 平成 年 月 日

保育所生活管理指導表（アレルギー疾患用）

<input type="checkbox"/>	気管支ぜん息	病型・治療		保育所生活上の留意点		【緊急時連絡先】 主治医と異なる場合のみご記入ください。 医療機関名： 医師名： 電話： 記載日 年 月 日 医師名 印 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	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	A.寝具に関する留意点 1.とくになし 2.防ダニシーツ等の使用 3.保護者と相談	B.食物に関する留意点 1.とくになし 2.食物アレルギー管理指導表参照	
<input type="checkbox"/>	アトピー性皮膚炎	病型・治療		保育所生活上の留意点		記載日 年 月 日 医師名 印 医療機関名
A.重症度のめやす(厚生労働科学研究班) 該当する数字に○をしてください 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、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変		B-1.常用する外用薬名 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.常用する内服薬名 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	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.保護者と相談し決定	
<input type="checkbox"/>	アレルギー性結膜炎	病型・治療		保育所生活上の留意点		記載日 年 月 日 医師名 印 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.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.管理不要 2.保護者と相談し決定	
<input type="checkbox"/>	アレルギー性鼻炎	病型・治療		保育所生活上の留意点		記載日 年 月 日 医師名 印 医療機関名
A.病型 該当する数字に○をしてください 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(○印をしてください) 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.その他()		A.屋外活動 1.管理不要 2.保護者と相談し決定	B.その他の配慮・管理事項(自由記載)	

↑チェックがある項目のみご記入ください。太枠内は医師記入欄です。

※上記アレルギーの場合も表面の緊急連絡先及び同意のサインを記入して下さい。