

様式1-①
(保護者)

関係者保護者様

長門市 子育て支援課

食物アレルギー等の対応について

近年、食物アレルギー等で、食事管理を必要とするお子さんが増えております。保育所は集団給食ですので、その対応は現状の中でできる範囲のものに限られます。長門市の保育園では、以下のように進めていますので、ご理解のうえご協力をお願いいたします。

- ◇ 医師の診断、指導のもとに対応を行います。
- ・食物アレルギーのあるお子さんは医師による「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表」を提出していただきます。乳糖不耐症のあるお子さんは「医師の診断書」を提出していただきます。
- ・医師から詳しい指示を受けてください。
- ・保護者の方の判断のみによるアレルギー等の対応はいたしません。
- ・乳幼児期は発達が著しいため、食物アレルギーは定期的な見直しが必要となります。定期的に（6カ月～12カ月に1度）医師の診断、指導を受けて「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表」を提出していただきます。
- ・乳糖不耐症のお子さんについては、一度提出された「医師の診断書」は保育園在籍中は有効とします。

※食物アレルギー等対応食を提供する際には、十分注意をしておりますが、他のお子さんと一緒に食事をするため、誤って食べてしまう場合も考えられます。その場合の対処法を食物アレルギー対応委員会の際にご相談させていただきます。

担当：長門市 子育て支援課 TEL：0837-23-1156

取り組み実施までの流れ

①食物アレルギー等に関する書類の配布

子育て支援課又は保育園は、申し出のあった保護者へ食物アレルギー等に関する書類①～④を配布します。

- 〈書類〉① 食物アレルギー等の対応について
② 「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表」
※乳糖不耐症については医師の診断書を提出
③ 食物アレルギー等給食対応実施申請書
弁当対応に関する書類（必要に応じて）
④ 食物アレルギー等給食対応実施申出書



②主治医等への受診

保護者は、園児のアレルギー疾患等について、主治医等に「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表（乳糖不耐症は医師の診断書）」を記載してもらいます。



③食物アレルギー等に関する書類の提出

保護者は、子育て支援課又は保育園に②～④（④必要に応じて）の書類を提出します。



④保護者との食物アレルギー等対応委員会

保護者と保育園が面談し、配慮について協議します。



⑤食物アレルギー等対応食実施決定通知

保護者は、子育て支援課から出される「食物アレルギー等対応食実施決定通知」の内容を確認し、「食物アレルギー等対応食実施確認書」に同意します。



⑥園での配慮・管理

園児のアレルギー疾患等について、保育園での配慮・管理を実施します。

保育所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・気管支ぜん息) 提出日 年 月 日

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

緊急連絡先
 ★保護者
 電話: _____
 ★連絡医療機関
 医療機関名: _____
 電話: _____

※ 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		保育所での生活上の留意点		記載日
アナフィラキシー(あり・なし) 食物アレルギー(あり・なし)	A. 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・その他: _____)	A. 給食・離乳食 1. 管理不要 2. 管理必要(管理内容については、病型・治療のC. 欄及び下記C. E欄を参照)	B. アレルギー用調整粉乳 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HP ・ 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(_____)	年 月 日
	B. アナフィラキシー病型 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)	C. 除去食品においてより厳しい除去が必要なもの 病型・治療のC. 欄で除去の際に、より厳しい除去が必要となるものみに○をつける ※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		E. 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)
	C. 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に除去根拠を記載 1. 鶏卵 《 》 2. 牛乳・乳製品 《 》 3. 小麦 《 》 4. ソバ 《 》 5. ピーナッツ 《 》 6. 大豆 《 》 7. ゴマ 《 》 8. ナッツ類* 《 》 (すべて・クルミ・カシューナッツ・アーモンド・ _____) 9. 甲殻類* 《 》 (すべて・エビ・カニ・ _____) 10. 軟体類・貝類* 《 》 (すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ・ _____) 11. 魚卵* 《 》 (すべて・イクラ・タラコ・ _____) 12. 魚類* 《 》 (すべて・サバ・サケ・ _____) 13. 肉類* 《 》 (鶏肉・牛肉・豚肉・ _____) 14. 果物類* 《 》 (キウイ・バナナ・ _____) 15. その他 (_____) 「*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」	[除去根拠] 該当するものを《 》内に番号を記載 ① 明らかかな症状の既往 ② 食物負荷試験陽性 ③ IgE抗体等検査結果陽性 ④ 未摂取		
	D. 発症時の症状	D. 食物・食材を扱う活動 1. 管理不要 2. 原因食材を教材とする活動の制限(_____) 3. 調理活動時の制限 (_____) 4. その他 (_____)		医師名 _____ 医療機関名 _____ 電話 _____
	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®」 3. その他 (_____)			
病型・治療		保育所での生活上の留意点		記載日 年 月 日
気管支ぜん息(あり・なし)	A. 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良	C. 急性憎悪(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. 寝具に関して 1. 管理不要 2. 防ダニシーツ等の使用 3. その他の管理が必要(_____)	C. 外遊び、運動に対する配慮 1. 管理不要 2. 管理必要 (管理内容: _____)
	B. 長期管理薬(短期追加治療薬を含む) 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 ・ 貼付薬) 5. その他 (_____)	D. 急性憎悪(発作)時の対応(自由記載)	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 (_____)	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)

● 保育所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保育所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 _____

保育所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 園名

※ 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	保育所での生活上の留意点	記載日 年 月 日
アトピー性皮膚炎 (あり・なし)	A. 重症度のためやす（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 ()	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. 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 ()	
アトピー性結膜炎 (あり・なし)	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 ()	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	記載日 年 月 日 医師名 医療機関名 電話
	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 ()	B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要（管理内容：)	
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)	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	A. 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要（管理内容：)	記載日 年 月 日 医師名 医療機関名 電話
	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	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)	

●保育所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保育所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 _____

様式1-③

(保護者 → 子育て支援課 又は 保育園)

食物アレルギー等給食対応実施申請書 (新規・継続・変更)

令和 年 月 日

長門市役所 子育て支援課長 様

保護者氏名

食物アレルギー等による給食への対応について、下記のとおり申請します。なお、食物アレルギー等の給食対応の実施にあたり、その対応については、保護者あて文書及び保育園の説明に同意します。

記

園名	保育園	クラス名	(※4月1日時点)		
ふりがな		生年 月 日	令和 年 月 日 (※4月1日時点 歳)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
園児 氏名					

緊急 連絡先	ふりがな 氏名	続柄 (連絡先等)	電話番号
第1 連絡先			
第2 連絡先			
第3 連絡先			
主治医	TEL()	搬送 医療機関	TEL()
内服薬	薬名() 服薬方法()	エピペン	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

分類 (○で囲む) 原因食物 症状 必要書類	<p>1. 食物アレルギー 原因食物 () 症状 () ※ 必要書類：保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表 (様式1-②)</p> <p>2. 乳糖不耐症 ※ 必要書類：医師の診断書</p>
------------------------------------	--