

<input type="checkbox"/> チェックがある項目のみご記入ください 気管支ぜん息	病型・治療 A.重症度分類(発作型)数字に○をしてください 1.間欠型 2.軽症持続型 3.中等症持続型 4.重症持続型 B-1処方している吸入薬 吸入薬名: 使用頻度: B-2処方している内服薬・貼付薬 内服薬名: 使用頻度: 貼付薬名: 使用頻度:		園生活上の留意点 A.運動(長時間の運動遊び・園外保育等) 1.管理不要 2.発作の時以外は、管理不要(発作時の対応はCに記入) 3.強い運動は不可 B.動物との接触やホコリ等舞う環境での活動 1.配慮不要 2.状況により一部制限(制限内容についてはCに記入) 3.動物へのアレルギーが強いため不可 動物名() C.その他の配慮・管理事項(自由記載・具体的にご記入ください)		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 医療機関名
	病型・治療 A.重症度分類(発作型)数字に○をしてください 1.間欠型 2.軽症持続型 3.中等症持続型 4.重症持続型 B-1処方している吸入薬 吸入薬名: 使用頻度: B-2処方している内服薬・貼付薬 内服薬名: 使用頻度: 貼付薬名: 使用頻度:		園生活上の留意点 A.運動(長時間の運動遊び・園外保育等) 1.管理不要 2.発作の時以外は、管理不要(発作時の対応はCに記入) 3.強い運動は不可 B.動物との接触やホコリ等舞う環境での活動 1.配慮不要 2.状況により一部制限(制限内容についてはCに記入) 3.動物へのアレルギーが強いため不可 動物名() C.その他の配慮・管理事項(自由記載・具体的にご記入ください)		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名
	病型・治療 A.重症度分類(発作型)数字に○をしてください 1.間欠型 2.軽症持続型 3.中等症持続型 4.重症持続型 B-1処方している吸入薬 吸入薬名: 使用頻度: B-2処方している内服薬・貼付薬 内服薬名: 使用頻度: 貼付薬名: 使用頻度:		園生活上の留意点 A.運動(長時間の運動遊び・園外保育等) 1.管理不要 2.発作の時以外は、管理不要(発作時の対応はCに記入) 3.強い運動は不可 B.動物との接触やホコリ等舞う環境での活動 1.配慮不要 2.状況により一部制限(制限内容についてはCに記入) 3.動物へのアレルギーが強いため不可 動物名() C.その他の配慮・管理事項(自由記載・具体的にご記入ください)		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名
	病型・治療 A.重症度分類(発作型)数字に○をしてください 1.間欠型 2.軽症持続型 3.中等症持続型 4.重症持続型 B-1処方している吸入薬 吸入薬名: 使用頻度: B-2処方している内服薬・貼付薬 内服薬名: 使用頻度: 貼付薬名: 使用頻度:		園生活上の留意点 A.運動(長時間の運動遊び・園外保育等) 1.管理不要 2.発作の時以外は、管理不要(発作時の対応はCに記入) 3.強い運動は不可 B.動物との接触やホコリ等舞う環境での活動 1.配慮不要 2.状況により一部制限(制限内容についてはCに記入) 3.動物へのアレルギーが強いため不可 動物名() C.その他の配慮・管理事項(自由記載・具体的にご記入ください)		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名

<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	病型・治療 A.重症度のためやす(厚生労働研究班)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:軽度の赤斑、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 B-2.常用する内服薬名 C.食物アレルギーの合併 1.あり 2.なし		園生活上の留意点 A.プール指導及び長時間の紫外線下での活動 1.管理不要 2.一部管理必要(内容についてはDに記入) B.動物との接触 1.配慮不要 2.状況により配慮必要(内容についてはDに記入) 3.動物へのアレルギーが強いため不可 動物名() C.発汗後 1.配慮不要 2.状況により配慮必要(内容についてはDに記入) 3.(施設で可能な場合)沐浴又は、シャワー浴 D.その他の配慮・管理事項(自由記載)		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名
	病型・治療 A.重症度のためやす(厚生労働研究班)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:軽度の赤斑、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 B-2.常用する内服薬名 C.食物アレルギーの合併 1.あり 2.なし		園生活上の留意点 A.プール指導及び長時間の紫外線下での活動 1.管理不要 2.一部管理必要(内容についてはDに記入) B.動物との接触 1.配慮不要 2.状況により配慮必要(内容についてはDに記入) 3.動物へのアレルギーが強いため不可 動物名() C.発汗後 1.配慮不要 2.状況により配慮必要(内容についてはDに記入) 3.(施設で可能な場合)沐浴又は、シャワー浴 D.その他の配慮・管理事項(自由記載)		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名
	病型・治療 A.重症度のためやす(厚生労働研究班)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:軽度の赤斑、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 B-2.常用する内服薬名 C.食物アレルギーの合併 1.あり 2.なし		園生活上の留意点 A.プール指導及び長時間の紫外線下での活動 1.管理不要 2.一部管理必要(内容についてはDに記入) B.動物との接触 1.配慮不要 2.状況により配慮必要(内容についてはDに記入) 3.動物へのアレルギーが強いため不可 動物名() C.発汗後 1.配慮不要 2.状況により配慮必要(内容についてはDに記入) 3.(施設で可能な場合)沐浴又は、シャワー浴 D.その他の配慮・管理事項(自由記載)		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名
	病型・治療 A.重症度のためやす(厚生労働研究班)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:軽度の赤斑、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 B-2.常用する内服薬名 C.食物アレルギーの合併 1.あり 2.なし		園生活上の留意点 A.プール指導及び長時間の紫外線下での活動 1.管理不要 2.一部管理必要(内容についてはDに記入) B.動物との接触 1.配慮不要 2.状況により配慮必要(内容についてはDに記入) 3.動物へのアレルギーが強いため不可 動物名() C.発汗後 1.配慮不要 2.状況により配慮必要(内容についてはDに記入) 3.(施設で可能な場合)沐浴又は、シャワー浴 D.その他の配慮・管理事項(自由記載)		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名

<input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎	病型・治療 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(点眼薬を使用している場合はこちらに記入をお願いします) 点眼薬名: 使用頻度:		園生活上の留意点 A.プール指導 1.管理不要 2.一部管理必要(内容についてはCに記入) 3.プールへの入水不可 B.屋外活動 1.管理不要 2.一部管理必要(内容についてはCに記入) C.その他の配慮・管理事項(自由記載)		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名
	病型・治療 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(点眼薬を使用している場合はこちらに記入をお願いします) 点眼薬名: 使用頻度:		園生活上の留意点 A.プール指導 1.管理不要 2.一部管理必要(内容についてはCに記入) 3.プールへの入水不可 B.屋外活動 1.管理不要 2.一部管理必要(内容についてはCに記入) C.その他の配慮・管理事項(自由記載)		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名
	病型・治療 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(点眼薬を使用している場合はこちらに記入をお願いします) 点眼薬名: 使用頻度:		園生活上の留意点 A.プール指導 1.管理不要 2.一部管理必要(内容についてはCに記入) 3.プールへの入水不可 B.屋外活動 1.管理不要 2.一部管理必要(内容についてはCに記入) C.その他の配慮・管理事項(自由記載)		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名
	病型・治療 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(点眼薬を使用している場合はこちらに記入をお願いします) 点眼薬名: 使用頻度:		園生活上の留意点 A.プール指導 1.管理不要 2.一部管理必要(内容についてはCに記入) 3.プールへの入水不可 B.屋外活動 1.管理不要 2.一部管理必要(内容についてはCに記入) C.その他の配慮・管理事項(自由記載)		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名

<input type="checkbox"/> 食物アレルギー(あり・なし)	病型・治療 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載) 該当する数字に○をしてください 1.即時型 2.口腔アレルギー症候群 3.食物依存性運動誘発アナフィラキシー 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載) 該当する数字に○をしてください 1.食物(原因) 2.食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3.運動誘発アナフィラキシー 4.昆虫 5.医薬品 6.その他() C.原因食物・診断根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に診断根拠を記載 1.鶏卵《 》 2.牛乳・乳製品《 》 3.小麦《 》 4.ソバ《 》 5.ピーナッツ《 》 6.種実類・木の実類《 》 7.甲殻類(エビ・カニ)《 》 8.果物類《 》 9.魚類《 》 10.肉類《 》 11.その他1《 》 12.その他2《 》 D.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 ()		園生活上の留意点 A.給食 1.管理不要 2.一部管理必要(内容についてはDに記入) B.食物・食材を扱う保育活動 1.配慮不要 2.一部配慮必要(内容についてはDに記入) C.運動 1.配慮不要 2.一部配慮必要(内容についてはDに記入) D.その他の配慮・管理事項(自由記載)		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 医療機関名
	病型・治療 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載) 該当する数字に○をしてください 1.即時型 2.口腔アレルギー症候群 3.食物依存性運動誘発アナフィラキシー 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載) 該当する数字に○をしてください 1.食物(原因) 2.食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3.運動誘発アナフィラキシー 4.昆虫 5.医薬品 6.その他() C.原因食物・診断根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に診断根拠を記載 1.鶏卵《 》 2.牛乳・乳製品《 》 3.小麦《 》 4.ソバ《 》 5.ピーナッツ《 》 6.種実類・木の実類《 》 7.甲殻類(エビ・カニ)《 》 8.果物類《 》 9.魚類《 》 10.肉類《 》 11.その他1《 》 12.その他2《 》 D.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 ()		園生活上の留意点 A.給食 1.管理不要 2.一部管理必要(内容についてはDに記入) B.食物・食材を扱う保育活動 1.配慮不要 2.一部配慮必要(内容についてはDに記入) C.運動 1.配慮不要 2.一部配慮必要(内容についてはDに記入) D.その他の配慮・管理事項(自由記載)		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 医療機関名
	病型・治療 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載) 該当する数字に○をしてください 1.即時型 2.口腔アレルギー症候群 3.食物依存性運動誘発アナフィラキシー 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載) 該当する数字に○をしてください 1.食物(原因) 2.食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3.運動誘発アナフィラキシー 4.昆虫 5.医薬品 6.その他() C.原因食物・診断根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に診断根拠を記載 1.鶏卵《 》 2.牛乳・乳製品《 》 3.小麦《 》 4.ソバ《 》 5.ピーナッツ《 》 6.種実類・木の実類《 》 7.甲殻類(エビ・カニ)《 》 8.果物類《 》 9.魚類《 》 10.肉類《 》 11.その他1《 》 12.その他2《 》 D.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 ()		園生活上の留意点 A.給食 1.管理不要 2.一部管理必要(内容についてはDに記入) B.食物・食材を扱う保育活動 1.配慮不要 2.一部配慮必要(内容についてはDに記入) C.運動 1.配慮不要 2.一部配慮必要(内容についてはDに記入) D.その他の配慮・管理事項(自由記載)		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 医療機関名
	病型・治療 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載) 該当する数字に○をしてください 1.即時型 2.口腔アレルギー症候群 3.食物依存性運動誘発アナフィラキシー 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載) 該当する数字に○をしてください 1.食物(原因) 2.食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3.運動誘発アナフィラキシー 4.昆虫 5.医薬品 6.その他() C.原因食物・診断根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に診断根拠を記載 1.鶏卵《 》 2.牛乳・乳製品《 》 3.小麦《 》 4.ソバ《 》 5.ピーナッツ《 》 6.種実類・木の実類《 》 7.甲殻類(エビ・カニ)《 》 8.果物類《 》 9.魚類《 》 10.肉類《 》 11.その他1《 》 12.その他2《 》 D.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 ()		園生活上の留意点 A.給食 1.管理不要 2.一部管理必要(内容についてはDに記入) B.食物・食材を扱う保育活動 1.配慮不要 2.一部配慮必要(内容についてはDに記入) C.運動 1.配慮不要 2.一部配慮必要(内容についてはDに記入) D.その他の配慮・管理事項(自由記載)		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 医療機関名

<input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎	病型・治療 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 内服薬名: 鼻噴霧名: 使用頻度:		園生活上の留意点 A.屋外活動 1.管理不要 2.一部管理必要(内容についてはBに記入) B.その他の配慮・管理事項(自由記載)		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名
	病型・治療 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 内服薬名: 鼻噴霧名: 使用頻度:		園生活上の留意点 A.屋外活動 1.管理不要 2.一部管理必要(内容についてはBに記入) B.その他の配慮・管理事項(自由記載)		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名
	病型・治療 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 内服薬名: 鼻噴霧名: 使用頻度:		園生活上の留意点 A.屋外活動 1.管理不要 2.一部管理必要(内容についてはBに記入) B.その他の配慮・管理事項(自由記載)		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名
	病型・治療 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 内服薬名: 鼻噴霧名: 使用頻度:		園生活上の留意点 A.屋外活動 1.管理不要 2.一部管理必要(内容についてはBに記入) B.その他の配慮・管理事項(自由記載)		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名

※以下は保護者の方がご記入ください
(緊急時連絡先)優先順にご記入ください

①名前
電話番号
携帯番号

②名前
電話番号
携帯番号

③名前
電話番号
携帯番号

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関係職員及び関係機関で共有することに同意します。

