

生活管理指導表(アレルギー疾患用)
《その他のアレルギー用》

様式⑥

提出日 年 月 日
近江八幡市幼児課

園所・施設名 / 歳児	年 月 日生
氏名 男 ・ 女	

- 園所・施設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全職員及び関係機関等で共有することに同意します。
- お子さんの緊急時には、保護者への連絡より優先して、救急搬送することに同意します。

保護者署名

- 管理指導表は症状等に変化がない場合であっても、配慮や管理が必要な間は、少なくとも毎年提出してください。

アトピー性皮膚炎(あり・なし)	病型・治療		記載日 年 月 日	
	A.重症度のめやす(厚生労働科学研究班) 1. 軽度: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、丘疹、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		医師名 (印)	
	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. 抗ヒスタミン剤 2. その他()	C. 食物アレルギーの合併 1. あり 2. なし	医療機関名 電話番号
	園所・施設から主治医への連絡欄			
園所・施設での生活上の留意点				
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. 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. 夏季シャワー浴(施設で可能な場合)	
D. 主治医から園所・施設への連絡欄(自由記載)			※園所・施設での除去内容について、保護者へ詳しく説明いただきますようお願いいたします。	
アレルギー性結膜炎(あり・なし)	病型・治療		記載日 年 月 日	
	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()	
	園所・施設での生活上の留意点		医師名 (印) 医療機関名 電話番号	
	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Dに記入) 3. プールへの入水不可		C. 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()	園所・施設から主治医への連絡欄
B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 一部管理必要(内容についてはDに記入)		D. 主治医から園所・施設への連絡欄(自由記載)		
			※園所・施設での除去内容について、保護者へ詳しく説明いただきますようお願いいたします。	
アレルギー性鼻炎(あり・なし)	病型・治療		記載日 年 月 日	
	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. 鼻境霧用ステロイド薬 3. その他()	
	園所・施設での生活上の留意点		医師名 (印) 医療機関名 電話番号	
	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. 主治医から園所・施設への連絡欄(自由記載)	
			※園所・施設での除去内容について、保護者へ詳しく説明いただきますようお願いいたします。	