

## 生活管理指導表

児童名	男 女	生年月日 年 月 日( 歳)
診断名		
本児童は診察・検査の結果、以下の食物については食事からの除去が必要と考えられます。		
1. 除去が必要な食品	2. 摂取した場合に出現する可能性のある症状	
卵	<input type="checkbox"/> 即時型反応 <input type="checkbox"/> ショック <input type="checkbox"/> 咳き込み <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 嘔吐・腹痛顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 非即時型反応 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 掻痒感 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 未接種のため不明 <input type="checkbox"/> その他	
牛乳	<input type="checkbox"/> 即時型反応 <input type="checkbox"/> ショック <input type="checkbox"/> 咳き込み <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 嘔吐・腹痛顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 非即時型反応 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 掻痒感 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 未接種のため不明 <input type="checkbox"/> その他	
小麦	<input type="checkbox"/> 即時型反応 <input type="checkbox"/> ショック <input type="checkbox"/> 咳き込み <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 嘔吐・腹痛顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 非即時型反応 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 掻痒感 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 未接種のため不明 <input type="checkbox"/> その他	
( )	<input type="checkbox"/> 即時型反応 <input type="checkbox"/> ショック <input type="checkbox"/> 咳き込み <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 嘔吐・腹痛顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 非即時型反応 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 掻痒感 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 未接種のため不明 <input type="checkbox"/> その他	
( )	<input type="checkbox"/> 即時型反応 <input type="checkbox"/> ショック <input type="checkbox"/> 咳き込み <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 嘔吐・腹痛顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 非即時型反応 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 掻痒感 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 未接種のため不明 <input type="checkbox"/> その他	
( )	<input type="checkbox"/> 即時型反応 <input type="checkbox"/> ショック <input type="checkbox"/> 咳き込み <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 嘔吐・腹痛顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 非即時型反応 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 掻痒感 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 未接種のため不明 <input type="checkbox"/> その他	
※除去食品の詳細は裏面に示します。		
3. 摂取後に症状が出現した場合の対処法及び緊急対応	①内服薬( ) ②エピペン® ③その他( )	
4. その他配慮事項 (自由記載)		
本指示書の内容については、(3、6、12)ヵ月後に再評価が必要です。		

年 月 日

病医院名

電話番号

担当医師名

印

(裏面) ※可否の欄には、要除去のものは×、摂取可能なものは○を記載ください。

抗原の強さ	卵食品・料理など	可否
強 ↓ 弱	生卵 ※保育園では提供しません	
	アイスクリーム・マヨネーズ	
	卵料理等①: 卵焼・オムレツ・茶碗蒸し・ 茹で卵・卵スープ・プリン	
	卵料理等②: 天ぷら・フライなどの衣	
	卵を用いた菓子 ケーキ・カステラ・クッキー・菓子パン・ ホットケーキ・ドーナツ	
	つなぎに卵を用いた食品 かまぼこ・ちくわ・ハム・ソーセージ・ 中華麺など	
	ハンバーグ・ミートローフ等のつなぎ	
	食パン・ロールパン・ソフトフランス	
	鶏肉: 鶏肉・鶏レバー・鶏がらスープ・ コンソメなど	
	卵を微量に含む食品及び料理 一部の食パン・天ぷら粉・麺類のつなぎ	

抗原の強さ	牛乳食品・料理など	可否
強 ↓ 弱	牛乳	
	スキムミルク・生クリーム・アイスクリーム	
	粉ミルク・チーズ・ヨーグルト・プリン	
	バター・マーガリン・乳酸菌飲料	
	牛乳料理 クリームシチュー・グラタン・ホワイトソース ・ポタージュ	
	牛乳を多く使った菓子等 ケーキ・チョコレート・ドーナツ・ カステラ・ホットケーキ	
	つなぎにカゼイン使用 一部のハム・ソーセージ	
	加熱された牛乳やバターを少量含む食品 食パン・ビスケット・クッキーなど	
	牛肉を用いた料理・ゼラチン・スープの 素など	

抗原の強さ	魚類・料理など	可否
強 ↓ 弱	魚そのもの ※要除去(×)の魚を列記して下さい ( )	
	魚類を使用したスープ・菓子類など だし・ソースの一部など	

抗原の強さ	小麦食品・料理など	可否
強 ↓ 弱	パン・うどん・パスタ・中華麺・マカロニ・ 小麦粉・パン粉・麩	
	大麦・ライ麦パン・、麦(麦茶)	
	小麦を使用した食品 肉・練り製品のつなぎ・ルウ・ フライや天ぷらの衣	
	小麦を使用した菓子類 ケーキ・クッキー類など	
	オートミール	
	醤油・味噌・酢	

抗原の強さ	大豆食品・料理など	可否
強 ↓ 弱	大豆・おから・枝豆	
	植物油(大豆油)・スナック菓子・ マーガリン・ルウ(油脂として使用)	
	豆乳・豆腐・厚揚げ・油揚げ・納豆・ きなこなど	
	味噌・醤油・小豆・もやし・ グリーンピース・ココアなど	

抗原の強さ	甲殻類食品	可否
強 ↓ 弱	甲殻類そのもの えび・かに・いか・( )	
	甲殻類を使用したスープ・菓子類など だし・ソースの一部など	

【その他】

- 野菜  果物  そば  米  ナッツ類  
 肉  魚卵  ごま  その他

※要除去(×)の食品を列記して下さい。

※食物・食材を扱う活動 (例:小麦粘土・牛乳パック 等)

1. 管理不要
2. 保護者と相談し決定

保護者署名