

令和 年 月 日

保護者様

認定こども園
若穂幼稚園

幼稚園における特別給食及び生活管理について

幼稚園において、疾患による特別給食及び生活管理が必要な場合は、別紙「生活管理指導表」を提出して下さい。生活管理指導表に沿って、保護者、保育者、給食担当者、栄養士等で協議の上、給食並びに園生活を実施していきます。また、特別給食に関しましては、より安全に提供させていただくため、アレルギー除去品目の多い献立に合わせて提供させていただく場合もございますのでご了承下さい。

1. 特別給食の必要がなくなった場合には、速やかに幼稚園に連絡し、食物アレルギー除去解除書の提出をして下さい。
2. 生活管理指導表の記述内容に変更があった場合は、速やかに幼稚園に連絡し、必要に応じて生活管理指導表の再提出をして下さい。
3. 生活管理指導表の作成費用は保護者負担となりますので、ご了承下さい。

令和 年 月 日

主治医様

認定こども園
若穂幼稚園

生活管理指導表の記入について（お願い）

下記の園児につきまして、保護者より幼稚園での特別給食及び生活管理の依頼がありました。

幼稚園では、疾病にかかわる食事療法について、出来る範囲での配慮をしていく所存です。御高診の上、別紙「生活管理指導表」に御記入いただき保護者にお渡しいただきますようお願い致します。

記

1. 園児名 _____

2. 保護者名 _____

住所 _____

3. 幼稚園名 認定こども園 若穂幼稚園

以上

<保護者記入>

認定こども園 若穂幼稚園 生活管理指導表 (アレルギー疾患用)

おもて

☆保護者
電話：
☆連絡医療機関
医療機関名：
電話：

緊急連絡先

園名： 氏名： 男・女 年齢 提出日： 歳 月 日 年 月 日 日 生	☆保護者 電話： ☆連絡医療機関 医療機関名： 電話：
<p><医師記入> 依頼欄□にチェックのある項目の記載をお願いします。</p> <p>※園での生活上の留意点 特記事項の記載については、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してください。対応内容は園が保護者と相談のうえ決定します。</p>	
依頼□	<p>アレルギー疾患</p> <p>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 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)</p> <p>B. アナフィラキシー病型 1. 食物(Cの食品名を記載) 2. その他(医薬品・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・昆虫・動物のフケや毛)</p> <p>C 原因食物・除去根拠 該当する食物の番号に○をし、かつ()内に除去根拠を記載 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>【除去根拠】 該当するものを()内に番号を記載 ①明らか症状の既往 ②食物負荷試験陽性 ③IgE抗体等検査結果陽性 ④未摂取</p> </div> </p> <p>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()</p>
依頼□	<p>アレルギー疾患</p> <p>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) [原因:] 主な症状の時期: 春・夏・秋・冬</p> <p>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()</p>
<p>園での生活上の留意点</p> <p>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欄及び下記のC、E欄を参照)</p> <p>B. アレルギ一用調製粉乳 1. 不要 2. 必要(使用可能なミルク:)</p> <p>C. 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()</p> <p>D. 除去食品においてより厳しい除去が必要なものの病型・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。 1. 鶏卵 卵殻カルシウム 2. 牛乳・乳製品 乳糖 3. 小麦 しょうゆ・酢・麦茶 4. 大豆 しょうゆ・みそ・大豆油 5. 卵 しょうゆ 6. 小麦 しょうゆ 7. 大豆 しょうゆ 8. 魚類 だし(かつお・さば・煮干し) 9. 肉類 エキス</p> <p>E. 特記事項 ※</p>	
依頼□	<p>アレルギー疾患</p> <p>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) [原因:] 主な症状の時期: 春・夏・秋・冬</p> <p>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()</p>

●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園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。

●緊急搬送時は、搬送先選定を救急隊に委ねます。

保護者氏名

<保護者記入>

認定こども園若穂幼稚園 生活管理指導表 (アレルギー疾患用)

うら

緊急連絡先

☆保護者
電話：
☆連絡医療機関
医療機関名：
電話：

園名：	氏名：	男・女	年	月	日生	歳	か月	提出日：
-----	-----	-----	---	---	----	---	----	------

<医師記入> 依頼欄口にチェックのある項目の記載をお願いします。

※園での生活上の留意点 特記事項の記載について：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してください。対応内容は園が保護者と相談のうえ決定します。

依頼口		病型・治療		園での生活上の留意点		記載日：	
気管支ぜん息 (あり・なし)	<p>A. 症状のコントロール状態</p> <p>1. 良好</p> <p>2. 比較的良好</p> <p>3. 不良</p> <p>B. 長期管理薬 (短期追加治療薬を含む)</p> <p>剤形： 投与量 (日)：</p> <p>1. ステロイド吸入薬</p> <p>2. ロイコトリエン受容体拮抗薬</p> <p>3. DSG吸入薬</p> <p>4. ベータ刺激薬 (内服・貼付薬)</p> <p>5. その他 ()</p> <p>C. 急性増悪 (発作) 時の対応</p> <p>1. ベータ刺激薬吸入</p> <p>2. ベータ刺激薬内服</p> <p>3. その他 ()</p> <p>D. 急性増悪 (発作) 時の対応</p>	<p>A. 療具に関して</p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 防ダニシーツ等の使用</p> <p>3. その他の管理が必要 ()</p> <p>B. 動物との接触</p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 動物への反応が強いため不可</p> <p>動物名 ()</p> <p>3. 飼育活動等の制限 ()</p> <p>C. 外遊び、運動に対する配慮</p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 管理必要 (内容：)</p> <p>D. 特記事項 ※</p>	<p>医師名：</p> <p>医療機関名：</p> <p>電話：</p>				
アトピー性皮膚炎 (あり・なし)	<p>A. 重症度のめやす (厚生労働科学研究班)</p> <p>1. 軽症：面積に関わらず、軽度の皮疹のみみられる</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>※軽度の皮疹：軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変</p> <p>※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</p> <p>B-1. 常用する外用薬</p> <p>ステロイド軟膏</p> <p>1. ステロイド軟膏 (「アトピーケア」)</p> <p>2. 保湿剤</p> <p>3. その他 ()</p> <p>4. その他 ()</p> <p>B-2. 常用する内服薬</p> <p>1. 抗ヒスタミン薬</p> <p>2. その他 ()</p> <p>3. その他 ()</p> <p>C. 食物アレルギーの合併</p> <p>1. あり</p> <p>2. なし</p>	<p>A. プール・水遊び及び長時間の紫外線下の活動</p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 管理必要</p> <p>3. 夏季シャワー浴 (園で可能な場合)</p> <p>(管理内容：)</p> <p>B. 動物との接触</p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 動物への反応が強いため不可</p> <p>動物名 ()</p> <p>3. 飼育活動等の制限 ()</p> <p>4. その他 ()</p> <p>C. 発汗後</p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 管理必要</p> <p>3. 夏季シャワー浴 (園で可能な場合)</p> <p>D. 特記事項 ※</p>	<p>医師名：</p> <p>医療機関名：</p> <p>電話：</p>				
アレルギー性結膜炎 (あり・なし)	<p>A. 病型</p> <p>1. 通年性アレルギー性結膜炎</p> <p>2. 季節性アレルギー性結膜炎 (花粉症)</p> <p>3. 春季カタル</p> <p>4. アトピー性角結膜炎</p> <p>5. その他 ()</p> <p>B. 治療</p> <p>1. 抗アレルギー点眼薬</p> <p>2. ステロイド点眼薬</p> <p>3. 免疫抑制点眼薬</p> <p>4. その他 ()</p>	<p>A. プール指導</p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 管理必要 (管理内容：)</p> <p>3. プールへの入水不可</p> <p>B. 屋外活動</p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 管理必要 (管理内容：)</p> <p>C. 特記事項 ※</p>	<p>医師名：</p> <p>医療機関名：</p> <p>電話：</p>				

●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園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。

●緊急搬送時は、搬送先選定を救急隊に委ねます。

保護者氏名

認定こども園若穂幼稚園 園長様

食物アレルギー除去解除書

下記の通り幼稚園での特別給食の解除を依頼します。

令和 年 月 日

組

園児氏名

保護者氏名

印

除去食材名

解除食材名

解除理由

医師の診断による ・ その他 ()

令和 年 月 日より

給食で食べられます