食物アレルギー個人カルテ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **保護者名** |  |
| **住　　所** |  |
| **生年月日** | 年　　　　　　月　　　　　日生 | **電話番号** |  |
| **記入日** | 年　　　　　　月　　　　　　日 |
| **診断書** | 年　　　　　　月　　　　　　日 |
| **主治医** | 病院名 | 変　更　　（　　　　　年　　　　　月　　　　　日）病院名医師名 |
| 医師名 |
| **原因食品****症　状****頻　度\*** | **原因食品** | **症　状** | **頻　度** | **原因食品** | **症　状** | **頻　度** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| ＊頻度・・・①必ず出る　　②ほとんど出る　　③時々出る |
| **アナフィラキシー** | あ　る　　・　　　な　い最近発症した日（　　　　　年　　　　月　　　日）症　状（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | あ　る　　・　　　な　い変　　更（　　　 　年　　　　　　月　　　　　日）症　　状（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **指示された内容** |  |  |
| **家庭における食事療法の実施・対応** |  |  |
| **服薬等** | 　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | 変　更　（　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日） |
| 薬名 |  |
| 飲み方等 |  |
| **エピペン®処方** | あ　　り　　　　　・　　　　　な　　し |
| **過去の除去食で、****現在喫食可能な食品** |  |  |

アドレナリン自己注射薬（エピペン　　）に関する同意書

様式2

®

年 　　　　月　　　　日

施設長　様

下記の児童につきましては，医師からアドレナリン自己注射薬（エピペン ）を処方 されているため，貴施設におけるアドレナリン自己注射薬（エピペン ）に関する下記 の「対応内容」について説明を受け，同意いたします。

保護者氏名： 　　　　　　　　　　　　　　　印

記

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 処方されている医療機関 | 医療機関名 〔 　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　〕 |
| 電 話 番 号〔 　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　〕 |
| 医 師 名 〔　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 〕 |
| 対応内容 | ①アナフィラキシー（緊急性が高いアレルギー症状【※１】）がある場合 において，職員がエピペン を接種すること |
| ②エピペン®を接種した際は，職員がすぐに救急搬送すること |
| ③緊急搬送の際は，救急隊員・医療機関へ「生活管理指導表」 様式１ の 内容について職員が情報提供すること |
| ④エピペン®は施設が適切に保管すること |
| ⑤エピペン®の使用期限は保護者が管理すること |
| ⑥その他 【かかりつけ医の指示事項など，特に配慮を要する事項がある場合は，施設と相談の上， 詳細を記載してください。】 |
| ※上記の内容①～⑤のうち，同意しない項目がある場合は，その番号と理由を記載してください。 |

**【※１】緊急性の高い症状とは：**繰り返し吐き続ける，持続する強いおなかの痛み，のどや胸が締め付けられる， 　　声がかすれる，犬が吠えるような咳，持続する強い咳込み，ゼーゼーする呼吸，息がしにくい，唇や爪が 青白い，脈を触れにくい・不規則，意識がもうろうとしている，ぐったりしている，尿や便を漏らす

※園児の状況に変更があった場合や教育・保育施設での対応を変更する場合には，

保護者と施設が協議の上決定し，その都度本同意書を提出すること。

様式3

緊急時内服薬与薬依頼書

年　　　　月　　　　日

施設長 様

保護者氏名： 　　　　　　　　　　　　　　　　印

下記の児童につきましては，下記のとおり，食物アレルギーの症状が出現した場合の

ために医師から内服薬を処方されているため，貴施設においても保護者に代わり与薬を 依頼致します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **処方されている****医療機関** | 医療機関名 〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 〕 |
| 電 話 番 号〔 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| 医 師 名 〔 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| **最終の処方日** | 年 　　　　　月　　　　　 日 |
| **薬の名前** |  |
| **薬の種類** | ①粉薬 ②水薬 |
| **薬の保管** | ①常温 ②その他〔 〕 |
| **服用方法** |  |

※薬剤情報提供書（処方された薬剤の情報が記載されているもの）を一緒に提出して

ください。

※園児の状況に変更があった場合や教育・保育施設での対応を変更する場合には， 保護者と施設が協議の上決定し，その都度本依頼書を提出すること。

様式4

食物アレルギー対応に関する同意書

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年 　　　月　　　 日

施設長 様

 下記の児童につきましては，医師から食物アレルギーと診断され，貴施設での生活に

特別な留意が必要なため，食物アレルギーに関する下記の対応内容について，貴施設か

らの説明を受け，同意いたします。

 また，貴施設における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため，「生活管理指導

表」の内容を職員全員で共有すること及び緊急時には救急隊員・医療機関に内容につい

て情報提供することについて同意いたします。

 　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名： 　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 対応内容 | ①施設での生活に特別な留意が必要な場合 | **施設は「生活管理指導表」の内容に基づき，保護者と協議の上，施設における食物アレルギー対応を実施します。** |
| ②給食・離乳食 | １ 管理不要 |
|  | ２ 完全除去対応〔原因食物名：　　　　　　　　　　　　 〕 |
|  | ３ その他の対応【対応内容・配慮事項等】 |
| ③アレルギー用調製粉乳 | １ 不要 ２ 必要〔ミルク名：　　　　　　　　　　　 〕 |
| ④食物・食材を扱う活動 | １ 配慮不要２ 配慮必要【対応内容・配慮事項等】 |
| ⑤宿泊を伴う園外活動 | １ 配慮不要２ 配慮必要【対応内容・配慮事項等】 |
| ⑥その他 |  |

※園児の状況に変更があった場合や教育・保育施設での対応を変更する場合には， 保護者と施設が協議の上決定し，その都度本同意書を提出すること。