

アレルギー疾患生活管理指導表（気管支喘息・アレルギー性鼻炎）

名前 _____ 男・女 _____ 年 月 日生（ 歳 ヶ月） 組 _____

浅川保育園

※この生活管理指導表は、保育所の生活において特別な配慮や管理が必要になった子どもに限って、医師が作成する物です。

病型・治療		保育所での生活上の留意点		記載日	
気管支喘息 (あり・なし)	A、症状のコントロール状態 1、良好 2、比較的良好 3、不良	C、急性増悪（発作）治療薬 1、ベーター刺激薬吸入 2、ベーター刺激薬内服 3、その他	A、寝具に関して 1、管理不要 2、防ダニシーツ等の使用 3、その他の管理が必要（ ）	C、外遊び、運動に対する配慮 1、管理不要 2、管理必要 （管理内容： ）	年 月 日
	B、長期管理薬 （短期追加治療薬を含む） 1、ステロイド吸入薬 剤形： 投与量（日）： 2、ロイコトリエン受容体拮抗薬 3、DSCG吸入薬 4、ベーター刺激薬（内服・貼付薬） 5、その他（ ）	D、急性増悪（発作）時の対応 （自由記載）	B、動物との接触 1、管理不要 2、動物への反応が強いため不可 動物名（ ） 3、飼育活動等の制限（ ）	D、特記事項 （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。 対応内容は園が保護者と相談のうえ決定）	医師名
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)	病型・治療		保育所での生活上の留意点		記載日
	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、鼻噴霧用ステロイド薬 3、舌下免疫治療法 4、その他	A、屋外活動 1、管理不要 2、管理必要（管理内容： ）	B、特記事項 （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。 対応内容は園と保護者が相談のうえ決定）	年 月 日
				医師名	医療機関名
				電話	

●保育所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保育所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。

保護者署名 _____ 印 _____