

保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表③【アレルギー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎】

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

※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となった子どもに限って、医師が作成するものです。

保護者 緊急連絡先 (あり・なし) アレルギー性結膜炎	1)氏名 連絡先 (姓) _____ (名) _____ (電話番号) _____	2)氏名 連絡先 (姓) _____ (名) _____ (電話番号) _____	(勤務先) _____
病型・治療			
A.病型 1.幼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(_____)	A.アール指導 1.管理不要 2.管理必要 (_____) 3.アールへの入水不可	保育所での生活上の留意点 B.屋外活動 1.管理不要 2.管理必要 (_____)	
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(_____)	C.特記事項(運動・宿泊含む)		
医師種別名・医師名 _____ 電話 _____ 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
病型・治療			
A.治療 1.幼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) <input checked="" type="checkbox"/> 主な症状の時期:春・夏・秋・冬	B.屋外活動 1.管理不要 2.管理必要 <input checked="" type="checkbox"/>	保育所での生活上の留意点 D.特記事項(運動・宿泊含む)	
B.治療 1.抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬(内服) 2.鼻噴霧ステロイド薬 3.舌下免疫療法 4.その他			
記載医療機関 _____ 医師種別名・医師名 _____ 電話 _____ 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日			

●上記の内容について間違ひありません。保育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保育園の職員及び消防機関・医療機関等と共有することと同意します。

保護者署名欄

印