

名前 \_\_\_\_\_ 男・女 平成 年 月 日生( 歳 ヶ月)

\*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場合に限り作成するものです。

(アレルギーなし)		(アレルギーなし)		(アレルギーなし)			
気管支炎		アトピー性皮膚炎		アレルギー性結膜炎			
<b>A. 重症度分類(治療内容を考慮した)</b> 1. 間欠型 2. 軽症持続型 3. 中等症持続型 4. 重症持続型  <b>B. 長期管理薬</b> 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. ベータ刺激薬 内服 貼付薬 5. その他( )		<b>病型・治療</b> <b>A. 重症度のめやす(厚生労働科学研究班)</b> 1. 軽症:面積に関わらず、軽度の皮疹のみみられる。 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。 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。 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。 ※軽度の皮疹:軽度の紅斑、乾燥、乾燥、落屑主体の病変 ※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 <b>B-1. 常用する外用薬</b> 1. ステロイド軟膏 2. タクロリムス軟膏(「プロトピック」) 3. 保湿剤 4. その他( ) <b>B-2. 常用する内服薬</b> 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他( ) <b>C. 食物アレルギーの合併</b> 1. あり 2. なし		<b>保育所での生活上の留意点</b> <b>A. 寝具に関する留意点</b> 1. とくになし(通常管理のみ) 2. 防ダニシート等の使用 3. 保護者と相談  <b>B. 食物に関する留意点</b> 1. とくになし 2. 食物アレルギー管理指導表参照  <b>C. 動物との接触</b> 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物への反応が強いため不可 動物名( )  <b>D. 外遊び、運動に対する配慮</b> 1. とくになし 2. 保護者と相談し決定		<b>緊急連絡先)</b> ★保護者 電話: ★連絡医療機関 医療機関名: 電話:	
<b>A. 重症度のめやす(厚生労働科学研究班)</b> 1. 軽症:面積に関わらず、軽度の皮疹のみみられる。 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。 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。 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。 ※軽度の皮疹:軽度の紅斑、乾燥、乾燥、落屑主体の病変 ※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 <b>B-1. 常用する外用薬</b> 1. ステロイド軟膏 2. タクロリムス軟膏(「プロトピック」) 3. 保湿剤 4. その他( ) <b>B-2. 常用する内服薬</b> 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他( ) <b>C. 食物アレルギーの合併</b> 1. あり 2. なし		<b>病型・治療</b> <b>A. 病型</b> 1. 通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( )  <b>B. 治療</b> 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( )		<b>保育所での生活上の留意点</b> <b>A. プール・水遊び及び長時間の紫外線下の活動</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定  <b>B. 動物との接触</b> 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名( )  <b>C. 発汗後</b> 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 夏季シャワー浴(施設で可能な場合)  <b>D. その他の配慮・管理事項</b> (自由記載)		<b>医師名</b> _____ <b>医療機関名</b> _____ <b>記載日</b> 年 月 日	
<b>A. 病型</b> 1. 通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( )  <b>B. 治療</b> 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( )		<b>病型・治療</b> <b>A. プール指導</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. プールへの入水不可  <b>B. 屋外活動</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定  <b>C. その他の配慮・管理事項(自由記載)</b>		<b>医師名</b> _____ <b>医療機関名</b> _____ <b>記載日</b> 年 月 日			