

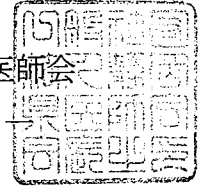
静医発第 1810 号

平成 31 年 1 月 30 日

郡市医師会長 様

一般社団法人 静岡県医師会

会長 紀平 幸



静岡県における「保育所における食物アレルギー・アナフィラキシー用
生活管理指導表」様式の改訂について

平素より、本会学校保健事業に格段のご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、平成 25 年度より運用を開始いたしました「保育所における食物アレルギー・アナフィラキシー用生活管理指導表」につきまして、下記のとおり一部改訂することといたしましたのでご連絡申し上げます。

つきましては、貴職におかれましても本件についてご了知いただき、同指導表の円滑な運用がなされますようご理解、ご協力をお願い申し上げますとともに、会員への周知方についてご高配を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

なお、本件につきましては、静岡県を通じて、県内の各保育所・幼稚園等に対しても周知を行いますこと、また、本会ウェブサイトへも掲載して、広く周知を図る予定でありますことを申し添えます。

記

「保育所における食物アレルギー・アナフィラキシー用 生活管理指導表」の改訂
病型・治療 B. アナフィラキシー病型に “発症年齢およびエピペン®の使用歴” の項目を追加した。（別紙参照）

静医発第 1810 号
平成 31 年 1 月 30 日

静岡県健康福祉部長 様

一般社団法人 静岡県医師会
会長 紀平 幸



静岡県における「保育所における食物アレルギー・アナフィラキシー用
生活管理指導表」様式の改訂について(お願い)

平素より、本会学校保健事業に格段のご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、平成 25 年度より運用を開始いたしました「保育所における食物アレルギー・アナフィラキシー用生活管理指導表」につきまして、下記のとおり一部改訂することといたしましたのでご連絡申し上げます。

つきましては、貴職におかれましても本件についてご了知いただき、同指導表の円滑な運用がなされますようご理解、ご協力をお願い申し上げますとともに、県下保育所・幼稚園等関係各位へ別添文書により、ご周知賜りますようよろしくお願い申し上げます。

なお、本件につきましては、本会ウェブサイトへ掲載して、広く周知を図る予定でありますことを申し添えます。

記

「保育所における食物アレルギー・アナフィラキシー用 生活管理指導表」の改訂
病型・治療 B. アナフィラキシー病型に “発症年齢およびエピペン®の使用歴” の項目を追加した。(別紙参照)

保育所における食物アレルギー・アナフィラキシー用 生活管理指導表

提出日 年 月 日

氏名	性別 男・女
年 月 日生 (歳 ヶ月)	組

- 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職員全員で共有することに同意しますか。 1. 同意する 2. 同意しない

保護者署名:

※主治医におかれましては、原則として、上記の「1.同意する」に該当する場合に本表の記入をお願いします。

記載した主治医の氏名	印	記載日	年 月 日
所属医療機関の名称			

※現在の状況および今後1年間を通じて予測される状況を記載してください。

病型・治療 ※記入にあたっては保育所用ガイドラインP32～39をご参照ください。	
A. 食物アレルギー病型 (食物アレルギーがある場合にのみ記載してください。)	
1. 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎 2. 即時型 3. その他 : 新生児消化器症状・口腔アレルギー症状群・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・その他 ()	
B. アナフィラキシー病型 (アナフィラキシーの既往がある場合のみ記載してください。)	
年齢: (歳時) エピペン®の使用: 有 (歳時) 1. 食物 (原因:) 2. その他 (医薬品・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・ラテックスアレルギー・)	
C. 原因食物・除去根拠 ※該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に除去根拠を記載してください。	
1. 鶏卵 《 》 2. 牛乳・乳製品 《 》 3. 小麦 《 》 4. ソバ 《 》 5. ピーナッツ 《 》 6. 大豆 《 》 7. その他 :	〔除去根拠〕 該当するもの全てを《 》内に番号を記載 ①明らかな症状の既往 ②食物負荷試験陽性 ③IgE抗体等検査結果陽性 ④未摂取
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®0.15mg」 3. その他 ()	
保育所での生活上の留意点 ※記入にあたっては保育所用ガイドラインP40～49をご参照ください。	
A. 給食・離乳食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	
B. アレルギー用調整粉乳 1. 不要 2. 必要 下記該当ミルクに○、又は()内に記入 ミルクイー・ニューMA-1・MA-mi・ペプディエット・エレメンタルフォーミュラ・その他()	
C. 食物・食材を扱う活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	
D. 除去食物の中で調理法によっては食べることもできるもの (例: ゆで卵)	
緊急時連絡先 ※連絡医療機関は保護者と相談のうえ記載してください。「救急車要請」と記載することも可。	
★保護者	電話① 電話②
★連絡医療機関 名称	電話

※管理指導表は症状等に変化がない場合であっても、配慮や管理が必要な間は、少なくとも毎年提出してください。

アナフィラキシーが起こったときの対応(「エピペン®」の使用について)

※厚生労働省発行「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」より抜粋 (※P. 57)

アナフィラキシー症状は非常に多彩であり、全身のあらゆる症状が出現する可能性がある。しかし、頻度には差があり、皮膚症状が最も多く90%程度の患者に認められる。以下、粘膜、呼吸器、消化器症状の順で合併しやすい傾向がある。

アナフィラキシーの重症度は、その症状によって大きく3段階(下記グレード分類)に分け、その段階にあわせて対応を考えると良い。

【グレード1】各症状はいずれも部分的で軽い症状で、慌てる必要はない。症状の進行に注意を払いつつ、安静にして経過を追う。誤食したとき用の処方薬がある場合は内服させる。

【グレード2】全身性の皮膚および強い粘膜症状に加え、呼吸器症状や消化器症状が増悪してくる。医療機関を受診する必要があり、必要に応じて処方された「エピペン®」があれば、注射することを考慮する。

【グレード3】強いアナフィラキシー症状といえる。プレショック状態(ショック症状の一手前)もしくはショック状態と考え、緊急に医療機関を受診する必要がある。救急の現場に子どもに処方された「エピペン®」があれば速やかに注射する必要がある。

グレード		1	2	3
皮膚症状	赤み・じんま疹	部分的、散在性	全身性	
	かゆみ	軽度のかゆみ	強いかゆみ	
粘膜症状	口唇、目、顔の腫れ	口唇、脣(まぶた)の腫れ	顔全体の腫れ	
	口、喉の違和感	口、喉のかゆみ、違和感	飲み込みづらい	喉や胸が締めつけられる、声枯れ
消化器症状	腹痛	弱い腹痛(がまんできる)	明らかな腹痛	強い腹痛(がまんできない)
	嘔吐・下痢	嘔気、単回の嘔吐、下痢	複数回の嘔吐、下痢	繰り返す嘔吐、下痢
呼吸器症状	鼻みず、鼻づまり、くしゃみ	あり		
	咳(せき)	弱く連続しない咳	時々連続する咳、咳込み	強い咳込み、犬の遠吠え様の咳
	喘鳴、呼吸困難		聴診器で聞こえる弱い喘鳴	明らかな喘鳴、呼吸困難、チアノーゼ
全身症状	血圧低下			あり
	意識状態	やや元気がない	明らかに元気がない、横になりたがる	ぐったり、意識低下～消失、失禁

対応	抗ヒスタミン薬	○	○	○
	ステロイド	△	△	△
	気管支拡張薬吸入	△	△	△
	エピペン	×	△	○
	医療機関受診	△	○(応じて救急車)	◎(救急車)

※ 上記対応は基本原則で最小限の方法である。状況に併せて現場で臨機応変に対応することが求められる。

※ 症状は一例であり、その他の症状で判断に迷う場合は中等症以上の対応をおこなう。

子どものアレルギー疾患にかかる生活管理指導表 新旧対照表

改訂前

保育所における食物アレルギー・アナフィラキシー用 生活管理指導表

提出日 年 月 日

氏名	性別 男・女
年 月 日生 (歳 ヶ月)	組

● 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職員全員で共有することに同意しますか。 1. 同意する 2. 同意しない
保護者署名:

※主治医におかれましては、原則として、上記の「1.同意する」に該当する場合に本表の記入をお願いします。

記載した主治医の氏名	⑩	記載日	年 月 日
所属医療機関の名称			

※現在の状況および今後1年間を通じて予測される状況を記載してください。

病型・治療 ※記入にあたっては保育所用ガイドラインP32～39をご参照ください。 A. 食物アレルギー病型 (食物アレルギーがある場合にのみ記載してください。) 1. 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎 2. 即時型 3. その他 : 新生児消化器症状・口腔アレルギー症状群・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・その他 ()
B. アナフィラキシー病型 (アナフィラキシーの既往がある場合のみ記載してください。) 1. 食物 (原因 :) 2. その他 (医薬品・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・ラテックスアレルギー・)
C. 原因食物・除去根拠 ※該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に除去根拠を記載してください。 1. 鶏卵 《 》 2. 牛乳・乳製品 《 》 3. 小麦 《 》 4. ソバ 《 》 5. ピーナッツ 《 》 6. 大豆 《 》 7. その他 :
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®0.15mg」 3. その他 ()
保育所での生活上の留意点 ※記入にあたっては保育所用ガイドラインP40～49をご参照ください。 A. 給食・離乳食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. アレルギー用調整粉乳 1. 不要 2. 必要 下記該当ミルクに○、又は()内に記入 ミルフィー・ニューMA-1・MA-mi・ペプディエット・エレメンタルフォーミュラ・その他() C. 食物・食材を扱う活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 D. 除去食物の中で調理法によっては食べることのできるもの (例: ゆで卵)
緊急時連絡先 ※連絡医療機関は保護者と相談のうえ記載してください。「救急車要請」と記載することも可。 ★保護者 電話① 電話② ★連絡医療機関 名称 電話

※管理指導表は症状等に変化がない場合であっても、配慮や管理が必要な間は、少なくとも毎年提出してください。
静岡県医師会子どものアレルギー疾患対策委員会 (2013年2月)

改訂後

保育所における食物アレルギー・アナフィラキシー用 生活管理指導表

提出日 年 月 日

氏名	性別 男・女
年 月 日生 (歳 ヶ月)	組

● 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職員全員で共有することに同意しますか。 1. 同意する 2. 同意しない
保護者署名:

※主治医におかれましては、原則として、上記の「1.同意する」に該当する場合に本表の記入をお願いします。

記載した主治医の氏名	⑩	記載日	年 月 日
所属医療機関の名称			

※現在の状況および今後1年間を通じて予測される状況を記載してください。

病型・治療 ※記入にあたっては保育所用ガイドラインP32～39をご参照ください。 A. 食物アレルギー病型 (食物アレルギーがある場合にのみ記載してください。) 1. 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎 2. 即時型 3. その他 : 新生児消化器症状・口腔アレルギー症状群・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・その他 ()
B. アナフィラキシー病型 (アナフィラキシーの既往がある場合のみ記載してください。) 年齢: (歳時) エピペン®の使用: 有 (歳時) 1. 食物 (原因 :) 2. その他 (医薬品・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・ラテックスアレルギー・)
C. 原因食物・除去根拠 ※該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に除去根拠を記載してください。 1. 鶏卵 《 》 2. 牛乳・乳製品 《 》 3. 小麦 《 》 4. ソバ 《 》 5. ピーナッツ 《 》 6. 大豆 《 》 7. その他 :
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®0.15mg」 3. その他 ()
保育所での生活上の留意点 ※記入にあたっては保育所用ガイドラインP40～49をご参照ください。 A. 給食・離乳食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. アレルギー用調整粉乳 1. 不要 2. 必要 下記該当ミルクに○、又は()内に記入 ミルフィー・ニューMA-1・MA-mi・ペプディエット・エレメンタルフォーミュラ・その他() C. 食物・食材を扱う活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 D. 除去食物の中で調理法によっては食べることのできるもの (例: ゆで卵)
緊急時連絡先 ※連絡医療機関は保護者と相談のうえ記載してください。「救急車要請」と記載することも可。 ★保護者 電話① 電話② ★連絡医療機関 名称 電話

※管理指導表は症状等に変化がない場合であっても、配慮や管理が必要な間は、少なくとも毎年提出してください。
静岡県医師会子どものアレルギー疾患対策委員会 (2019年1月)