

アレルギー用保育園（入園・継続）に関する意見書

我孫子市立保育園面接用

	氏名	生年月日	電話番号
児童			
住所			
診断されているアレルギー			
アレルギー以外の既往歴			
現在の状況について（該当項目すべてにチェックをつけ、記入してください。）			
<input type="checkbox"/> 症状が出やすいので保育園生活は、体調管理ができるようになってからが望ましい。 ※投薬が必要な場合は、投薬開始後半年が経過していて症状が抑えられていることが目安となります。			
<input type="checkbox"/> 離乳食や検査等が進み、除去する食品や原因がわかってからの保育園生活が望ましい。			
<input type="checkbox"/> 食物以外の_____にアレルギーがあるがアレルギー原因物質に接触することや、原因物質を吸入することがなければ、園生活ができる。 ※園でアレルギー原因物質を完全に除去することはできません。床やお友達の横でお昼寝をします。			
<input type="checkbox"/> アレルギー原因食物の接触や吸入によりアレルギー症状が出現することがないので、アレルギー原因食物を除去すれば保育園生活ができる。 ※他の園児と同空間で給食を食べられることが目安となります。			
<input type="checkbox"/> 症状が出た時に使用する頓服薬が必要である。			
<input type="checkbox"/> エピペンが必要である。 ※除去食、頓服薬がある場合には、別途医師の指示書が必要になります。			
集団生活（保育園での活動）は可能か			
<input type="checkbox"/> 集団生活をすることは望ましくない → 理由			
<input type="checkbox"/> 集団生活をすることは望ましい → 理由			
どの様な症状が出るかを記入してください			
保育園活動で制限を要することや注意することがありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
制限を要することを記入してください	※別紙「保育園活動一覧表」も確認し記入してください。		

→裏面あり

現在使用している薬剤 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
薬剤名	
使用回数	() 回/日
頓服薬の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
薬剤名	
どのような症状 が出た時に使 用するか	
治療について保育園で知っておくべきこと（治療・負荷試験予定など）を記入してください	
どのような症状で受診や緊急搬送をさせるか記入してください	
その他注意することを記入してください	

記入日 年 月 日

医療機関名
電 話
（ F A X ）
医 師 氏 名

印

アレルギー用保育活動一覧表

児童氏名 _____

主治医の方へ：活動を制限するものに「✖」を記入してください。

製 作		クレヨンを使用
		でんぷん糊を使う作業（指で塗る）
		アラビックヤマト液状糊を使用（主成分：ポリビニールアルコール） *手につくことがある
		水性顔料絵の具を使用（製品名：ポスターカラー、ゆびえのぐ等） *手に直接塗ることがある
		水性樹脂絵の具を使用（製品名：なかよしカラー、せいさくカラー等） *手に直接塗ることがある
		牛乳パックを使用
		油粘土遊び
		紙粘土遊び
		小麦粉粘土遊び
		スライム作り（洗濯のり・硼砂・液体洗剤・食紅・絵の具など使用）
		シャボン玉遊び *液が手につくことがある
		折り紙遊び
室内 ・ 室外活動 (運動)		なわとび（材質：化学繊維、塩化ビニール、ポリプロピレンなど）
		鉄棒の練習 *土や石灰がつくことがある
		跳び箱の練習 *土や石灰がつくことがある
		マット運動
		ドッチボール（材質：ボールがゴム、ポリウレタン、人口皮革など）
		トンネル遊び（材質：合成樹脂、ナイロン、塩ビターポリンなど）
		運動会（色々な素材の用具を使用） *土や石灰がつくことがある
散 歩		土・草・木などに触る
		動物と遭遇することがある
		30分以上歩くことがある
遠 足		動物のいる場所に出かける
		動物と触れ合う
		遊具で遊ぶ
砂場遊び		*砂に動物の糞尿が混ざっている場合がある
		*塩素消毒後の使用となる可能性がある
水遊び・プール		次亜塩素酸ナトリウム6%で消毒

排泄	共用トイレを使用 (壁、便座、床を0.1%次亜塩素酸ナトリウム溶液で消毒) *消毒液が皮膚につく可能性がある
	おむつ交換マットを使用 (マットを0.1%次亜塩素酸ナトリウム溶液で消毒) *消毒液が皮膚につく可能性がある
	おむつ交換・排泄介助で職員がゴム手袋を使用
	上履き→サンダルに履き替え(材質:ゴム素材)
更衣	他の園児のそばで着替える *他の園児も服に食べカス付着している
食事 おやつ	塩素消毒後のテーブルを使用 *塩素に触れる可能性がある
	他の園児と同室で食べる
	他の園児と近い席に座る
	他の園児が食べカスの付着した手で触わる
	他の園児と食器を共用(洗浄後のもの)
昼寝	床にごさを敷き、その上に布団を敷く
	他の園児の近くで寝る *昼食後で食べカスが付着していることがある
	*友達のよだれ、鼻水がつく可能性がある
けがの処置	マキユロンを使用
	リバガーゼを使用
	絆創膏を使用
	湿布を使用
うがい 手洗い	ハンドソープを使用
	他の園児と同じ水道を使用 *アレルギーがついた雑巾を洗っている
	他の園児と共用タオルを使用
手洗い指導	イソジン消毒液を使用
	蛍光塗料を使用
健診(歯科)	診察にゴム手袋を使用

記入日 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX)
医 師 氏 名

印

投薬指示書

(氏名) _____ さんの投薬について

当院で加療中です。登園の際は、保護者に代わり下記の指示どおり投薬をお願いします。

疾患名: _____

薬の処方内容

薬の名前と 用量 使用順位	投薬方法	注意事項(副作用も 含む)	保存 方法	薬の有効 期限
記載例 ポララミン ○mg ※用量記載	・○○を食べて発疹が出た時に内服する。 ・効果がなければ②を投与する。	・○○の症状がある時は、ポララミンは内服せず、②を投与する。 ・副作用でふらつくことがある。	冷所	
①				
②				
③				
④				
投薬をしても次のような症状があれば救急車を呼ぶ ・ ・ ・				

記入日 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX)
医師氏名

印