【様式2-3　気･アト】

園におけるアレルギー疾患生活管理指導表（気管支喘息･アトピー性皮膚炎）

* この生活管理指導表は園で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、医師が作成するものです。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 名前 | 男　　　　　女 | 年　　　月　　　日生 | 歳　　　ケ月 | 組 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **気管支喘息（　あり　　・　　なし　）** | | | | | | |
| 病型・治療 | | | | | 園での生活上の留意点 | |
| 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．　ベータ刺激薬吸入  　２．　ベータ刺激薬内服  　３．　その他 | | | Ａ．寝具に関する留意点  　１． 管理不要(通常管理のみ)  　２． 防ダニシーツ等の使用  　３． その他の管理が必要（　　　　　　　　　　） | |
| 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（　　　　　　　　　　　） | |
| 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)：   1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 2. DSCG（インタール）吸入薬 3. ベータ刺激薬   （内服　・　貼付薬）   1. その他(　　　　　　　　　　　　　) | | Ｄ．急性発作時の対応  (自由記載) | | |
| Ｃ．外遊び、運動に対する配慮  １．管理不要  ２．管理必要（内容：　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 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上記載。対応内容は園が保護者と相談上決定） | |
| 記載日　　　　　　年　　　　月　　　　日  医師名 | | | 医療機関名 | | | |
|  | | | | | | |
| **アトピー性皮膚炎（　あり　　・　　なし　）** | | | | | | |
| 病型・治療 | | | | 園での生活上の留意点 | | |
| Ａ．重症度のめやす(厚生労働科学研究班)  　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：強い炎症を伴う皮湿疹が体表面積の１０％以上、３０％未満に見られる。  　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:軽度の紅班、乾燥、落屑主体の病変  　　　　　※強い炎症を伴う皮疹紅班、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変 | | | | Ａ．プール･水遊び及び長時間の紫外線下での活動  　１． 管理不要  　２． 管理必要（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| Ｂ．動物との接触  １． 管理不要  ２．　動物への反応が強  　　　強いため不可  　　 　動物名(　　　　　)  ３．　飼育活動等の制限  （　 　）  ４．　その他（　　　　　　） | | Ｃ．発汗後  １．管理不要  ２．管理必要  （　　　　　　　　　　　　）  ３．夏季シャワー浴  　(施設で可能な場合) |
| Ｂ-１．常用する外用薬  　１． ステロイド軟膏  　2． タクロムリス軟膏  (「プロトピック®」)  　３． 保湿剤  ４． その他  (　　 　　　　　　　) | Ｂ-２．常用する内服薬  　１． 抗ヒスタミン薬  　２． その他(　　　　　) | | |
| 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上記載。対応内容は園が保護者と相談上決定） | | |
| Ｃ．食物アレルギーの合併  　１． あり  　２．　なし | | |
| 記載日　　　　　　年　　　　月　　　　日  医師名 | | | 医療機関名 | | | |

**★園側受理日　　　　　　　年　　　月　　　日**