園におけるアレルギー疾患生活管理指導表（アレルギー性鼻炎・結膜炎）

* 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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **アレルギー性鼻炎（　あり　　・　　なし　）** | | |
| 病型・治療 | | 園での生活上の留意点 |
| Ａ．病型  　１．　通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）  　　　主な症状の時期：　　春　　・　　夏　　・　　秋　　・　　冬 | | Ａ．屋外活動  １．管理不要  ２．管理必要（内容：　　　　　　　　　　　　　　） |
| Ｂ．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） |
| Ｂ．治療  　１．　抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬（内服）  　２．　鼻噴霧用ステロイド薬  　３．　舌下免疫療法  　４．　その他 | |
| 記載日　　　　　　年　　　　月　　　　日  医師名 | 医療機関名 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **アレルギー性結膜炎（　あり　　・　　なし　）** | | |
| 病型・治療 | | 園での生活上の留意点 |
| Ａ．病型  　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(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | Ａ．プール指導  １．管理不要  ２．管理必要（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ３．プールへの入水不可 |
| Ｂ．屋外活動  １．管理不要  ２．管理必要（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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（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 | |

**★園側受理日　　　　　　年　　　月　　　日**

【様式2-2　鼻・目】

2020.2