

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 ヶ月	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. 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	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)
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. 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()	B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要(内容:)
記載日 年 月 日 医師名	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