

～ 相模原市保育所等生活管理指導表発行事業についてのお願い～

相模原市保育園食物アレルギー対応マニュアルに基づく生活管理指導表の発行事業について、次のとおりご協力くださるようお願いいたします。

1 事務の流れと役割

生活管理指導表の発行に係る事務の流れと役割は、次のとおりです。

注意事項

除去が**解除**になる場合、生活管理指導表を提出する必要はありません。

公費負担は、原則対象児童一人につき**年1回**です。ただし、除去が必要な食物が増えた場合、アナフィラキシーの既往が追加された場合、新たに薬が処方された場合を除きます。

保護者は、保育所等から「生活管理指導表」と「生活管理指導表発行確認表(兼)請求書」を受け取り、**必要事項を記入のうえ**、医療機関へ提出する。

医療機関は、園児を診察し、保護者から受領した「生活管理指導表」と「確認表(兼)請求書」に必要事項を記入し、「生活管理指導表」と「生活管理指導表発行確認表(兼)請求書」のうち相模原市提出用を保護者に返却する。

保護者は、医療機関から返却された「生活管理指導表」と「生活管理指導表発行確認表(兼)請求書」を保育所等に提出する。

保育所等は、保護者から受領した「生活管理指導表」の写しと「生活管理指導表発行確認表(兼)請求書」の内容を確認のうえ、市に送付する。

市は、「生活管理指導表」の写しと「生活管理指導表発行確認表(兼)請求書」の内容を確認のうえ、生活管理指導表の発行にかかる手数料として、1件につき3,240円(上限)を、請求のあった月ごとにまとめて、翌月の末日までに医療機関の口座に振り込む。

2 生活管理指導表及び発行確認表(兼)請求書の記載要領

生活管理指導表及び生活管理指導表発行確認表(兼)請求書の記載は、それぞれ**保護者、医療機関**で記入する箇所があります。必ずご記入ください。

記入箇所及び記入上の注意事項は、それぞれ生活管理指導表及び生活管理指導表発行確認表(兼)請求書の裏面をご覧ください。

相模原市役所 保育課

〒252-5277 相模原市中央区中央 2-11-15

電話 042-769-8341

相模原市 保育所等における食物アレルギー疾患生活管理指導表

平成 年度用

提出日 平成 年 月 日

ふりがな 園児名 男・女 平成 年 月 日生 (歳 か月) 組 [歳児クラス(4月1日現在)] 施設名

この生活管理指導表は保育所等の生活において特別な配慮や管理が必要となった場合に限り作成するものです。

病型・治療	保育所等での生活上の留意点	保護者名 電話(統柄) () () () 緊急連絡医療機関 医療機関名 電話:
A. 食物アレルギー病型 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 (新生児乳児消化管アレルギー・口腔アレルギー症候群・食物依存性運動誘発アナフィラキシー) (その他:)	A. 給食・離乳食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	【緊急連絡先】 記載日 平成 年 月 日 医師名 医療機関名
B. アナフィラキシー既往・病型 1. なし 2. あり (食物:原因) (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・)	B. アレルギー用調整粉乳 必要な場合は、該当ミルクに、又は()内に記入 ミルクフィー ・ 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. 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に をし、かつ()内に除去根拠の番号を記入 また、食品番号8～15に がついた場合、()内の食品に、又は食品名を記入	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	
1. 鶏卵(非加熱) () 2. 鶏卵(加熱) () 3. 牛乳・乳製品 () 4. 小麦 () 5. ソバ () 6. ピーナッツ () 7. 大豆 () 8. ナッツ類 () (すべて・クルミ・アーモンド・カシューナッツ・栗) 9. 甲殻類 () (すべて・エビ・カニ) 10. 軟体類・貝類 () (すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ) 11. 魚卵 () (すべて・イクラ・タラコ) 12. 魚類 () (すべて・サバ・サケ) 13. 肉類 () (鶏肉・牛肉・豚肉) 14. 果物類 () (キウイ・バナナ) 15. その他 () ()	D. 除去食品で摂取不可能なもの 病型・治療欄Cの除去の際に摂取不可能な食品に ()内の食品は、基本的に除去の必要はありません 「厚生労働省 食物アレルギー栄養指導の手引き2011」9ページ	
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「エピベン®0.15mg」 3. その他 ()	E. その他の配慮・管理事項 服薬、除去食品の微量の混入の可否等 食物アレルギーへの配慮や管理事項に関する補足を記入	

[除去根拠]
 明らかな症状の既往
 食物負荷試験陽性
 IgE抗体等検査結果陽性
 未摂取

保育所等における日常の取り組みおよ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保育所等職員全体及び市消防局、市保育課で共有することに同意します。 保護者署名 (印)

太枠内は医療機関記載欄、太枠外は保護者記載欄です。

様式

相模原市 保育所等における食物アレルギー疾患生活管理指導表 平成 年度用 提出日 平成 年 月 日

ふりがな 園児名 男・女 平成 年 月 日生 (歳 か月) 組 【 歳児クラス(4月1日現在)】 施設名

この生活管理指導表は保育所等の生活において特別な配慮や管理が必要となった場合に限り作成するものです。

病型・治療	保育所等での生活上の留意点	保護者名
A. 食物アレルギー病型 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 (新生児乳児消化管アレルギー・口腔アレルギー症候群・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・その他)	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 必要な場合は、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. 除去食品で摂取不可能なもの 病型・治療欄Cの除去の際に摂取不可能な食品に ()内の食品は、基本的に除去の必要はありません 「厚生労働省 食物アレルギー栄養指導の手引き2011」9ページ	保護者名 けやき 次郎 電話(続柄) 090-000-0000 (父) 080-000-0000 (母) 111-111-1111 (母職場) 緊急連絡医療機関 医療機関名 皮膚科 電話: 000-000-000
B. アナフィラキシー既往・病型 1. なし 2. あり (食物:原因 カシューナッツ) (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)	E. その他の配慮・管理事項 服薬、除去食品の微量の混入の可否等 食物アレルギーへの配慮や管理事項に関する補足を記入 カシューナッツの成分が皮膚に付着しても症状がでますので、食事の環境にご注意ください。	記載日 平成 0 年 0 月 0 日 医師名 相模 太郎 医療機関名 アレルギークリニック
C. 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に また、食品番号8～15に 1. 鶏卵(非加熱) () 2. 鶏卵(加熱) () 3. 小麦 () 4. ソバ () 5. ビーナッツ () 6. 大豆 () 7. ゴマ () 8. ナッツ類 () (すべて・クルミ・アーモンド・ カシューナッツ ・栗) 9. 甲殻類 () (すべて・エビ・カニ) 10. 軟体類・貝類 () (すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ) 11. 魚卵 () (すべて・イクラ・タラコ) 12. 魚類 () (すべて・サバ・サケ・ アジ) 13. 肉類 () (鶏肉・牛肉・豚肉) 14. 果物類 () (キウイ・バナナ) 15. その他 () ()	鶏卵は加熱することで抗原性が低下するため、2区分に分けています。 除去が必要な調理形態に を付けてください。 [除去根拠] 明らかな症状の既往 食物負荷試験陽性 IgE抗体等検査結果陽性 未摂取 詳細は、厚生労働省「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」P47～49をご参照ください。 記載されている食品以外に該当する食品があれば()内に記載してください。	緊急連絡 小麦粉粘土、うどん作り、豆まき、牛乳パックを使用した工作などについて記載してください。
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 ()		

保育所等における日常の取り組みおよ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保育所等職員全体及び市消防局、市保育課で共有することに同意します。

保護者署名 **けやき 次郎**

(印)

生活管理指導表発行確認表(兼)請求書 (相模原市提出用)

¥ 3 , 2 4 0 円 (消費税込み)

ただし、保育所等における食物アレルギー疾患生活管理指導表発行にかかる
手数料として

保護者記入

保育所等の名称 _____

児童の住所 _____

ふりがな

児童の氏名 _____

上記のとおり請求します。

平成 年 月 日

相模原市長 殿

医療機関記入

医療機関の所在 _____

医療機関名 _____

代表者 職・氏名 _____ (印)

医療機関の記入については、必ず代表者名を記入し、代表者印を押印してください。なお、
訂正箇所は、代表者印にて訂正印をお願いします。

----- き ----- り ----- と ----- り -----

生活管理指導表発行確認表(兼)請求書 (医療機関控え)

¥ 3 , 2 4 0 円 (消費税込み)

ただし、保育所等における食物アレルギー疾患生活管理指導表発行にかかる
手数料として

保護者記入

保育所等の名称 _____

児童の住所 _____

ふりがな

児童の氏名 _____

上記のとおり請求します。

平成 年 月 日

相模原市長 殿

医療機関記入

医療機関の所在 _____

医療機関名 _____

代表者 職・氏名 _____ (印)

医療機関の記入については、必ず代表者名を記入し、代表者印を押印してください。なお、
訂正箇所は、代表者印にて訂正印をお願いします。

『生活管理指導表発行確認表（兼）請求書』記入上の注意

○ : 保護者記入

⊙ : 医療機関記入

生活管理指導表発行確認表（兼）請求書（相模原市提出用）

¥ _____ 円（消費税込み）

ただし、保育所等における食物アレルギー疾患生活管理指導表発行にかかる手数料として

保護者記入

保育所等の名称 _____

児童の住所 _____
ふりがな _____

児童の氏名 _____

上記のとおり請求します。
平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日
相模原市長 殿

医療機関記入

医療機関の所在 _____

医療機関名 _____

代表者 職・氏名 _____ (印)

※ 医療機関の記入については、必ず代表者名を記入し、代表者印を押印してください。なお、訂正箇所は、代表者印にて訂正印をお願いします。

保護者に記入してもらってください。ふりがなも忘れずにご記入ください。

保護者に生活管理指導表と請求書をお渡しする日をご記入ください。

医療機関の住所と医療機関名をご記入ください。

代表者の氏名と代表者印を押印してください。

診察された医師の名前と代表者が異なる場合はご注意ください。

生活管理指導表発行確認表（兼）請求書（医療機関控え）

¥ _____ 円（消費税込み）

ただし、保育所等における食物アレルギー疾患生活管理指導表発行にかかる手数料として

保護者記入

保育所等の名称 _____

児童の住所 _____
ふりがな _____

児童の氏名 _____

上記のとおり請求します。
平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日
相模原市長 殿

医療機関記入

医療機関の所在 _____

医療機関名 _____

代表者 職・氏名 _____ (印)

※ 医療機関の記入については、必ず代表者名を記入し、代表者印を押印してください。なお、訂正箇所は、代表者印にて訂正印をお願いします。

医療機関が切り取り、保護者には相模原市提出用をお渡しください。

上段と同じ内容をご記入のうえ、保管してください。

お支払につきましては、口座振込になります。
債権者登録がお済みでない場合はお支払いができませんので、お手数ですが下記保育課までご連絡ください。必要書類を送付いたします。

相模原市役所 保育課
〒252-5277
相模原市中央区中央 2-11-15
電話 042-769-8341