

石垣市 アレルギー対応マニュアル

石垣市 子育て支援課 幼保連携係
(令和 4 年 1 月)

保育所における食物アレルギー対応の原則(除去食の考え方等)

- (1) 食物アレルギーのない子どもと変わらない安全・安心な、保育所での生活を送ることができる。
- (2) アナフィラキシー症状が発生したとき、全職員が迅速、かつ適切に対応できる。
- (3) 職員、保護者、主治医・緊急対応医療機関が十分に連携する。
- (4) 食物除去の申請には医師の診断に基づいた生活管理指導表が必要である。
(診断時+年1回の更新)
- (5) 食物除去は完全除去を基本とする。
- (6) 鶏卵アレルギーでの卵殻カルシウム、牛乳アレルギーでの乳糖、小麦での醤油・酢・麦茶、大豆での大豆油・醤油・味噌、ゴマでのゴマ油、魚でのかつおだし・いりこだし、肉類でのエキスなどは除去の必要がないことが多いので、摂取不可能な場合のみ申請する。
- (7) 除去していた食べ物を解除する場合は親からの書面申請で可とする。
- (8) 家で摂ったことがない食物は基本的に保育所では与えない。
- (9) 共通献立メニューにするなど食物アレルギーに対するリスクを考えた取組みを行う。
- (10) 常に食物アレルギーに関する最新で、正しい知識を職員全員が共有し、記録を残す。
- (11) 食物アレルギー児に代替食品を使用する場合、保護者に食品を確認した上、使用許可を得る。
さらに、栄養士と調理員が表示の確認を行い、記録を残す。

食物アレルギーの症状

(1) 皮膚粘膜症状

皮膚症状：かゆみ、蕁麻疹、むくみ、赤み、湿疹

眼症状：白目の充血、ゼリー状の水ぶくれ、かゆみ、涙、まぶたのむくみ

口腔咽喉頭症状：口の中・くちびる・舌の違和感・腫れ、
喉のつまり・かゆみ・イガイガ感、息苦しい、しわがれ声

(2) 消化器症状

腹痛、気持ちが悪くなる、嘔吐、下痢、血便

(3) 呼吸器症状

上気道症状：くしゃみ、鼻水、鼻づまり

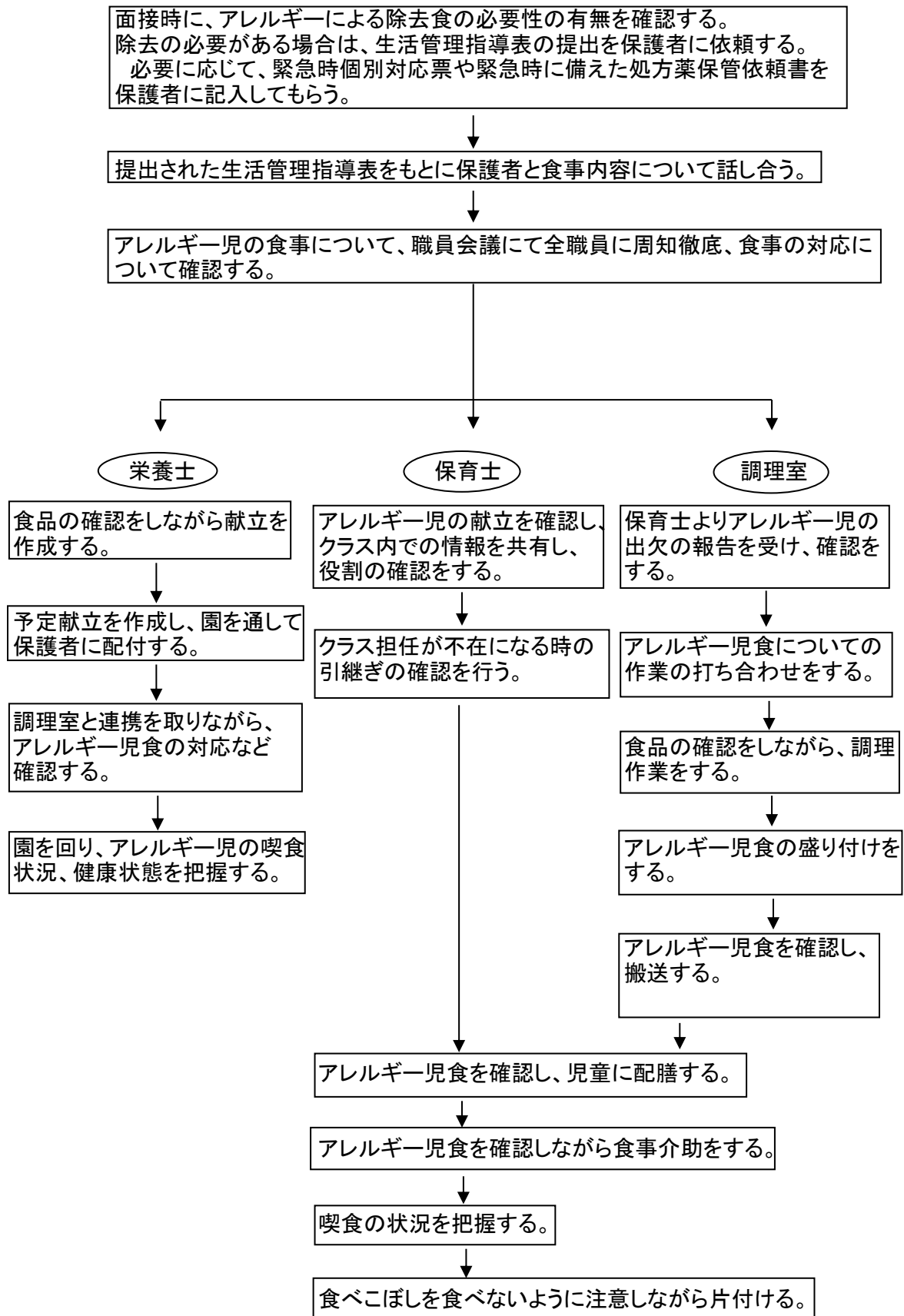
下気道症状：息がしにくい、せき、呼吸時に「ゼーゼー」「ヒューヒュー」と音がする

(4) 全身性症状

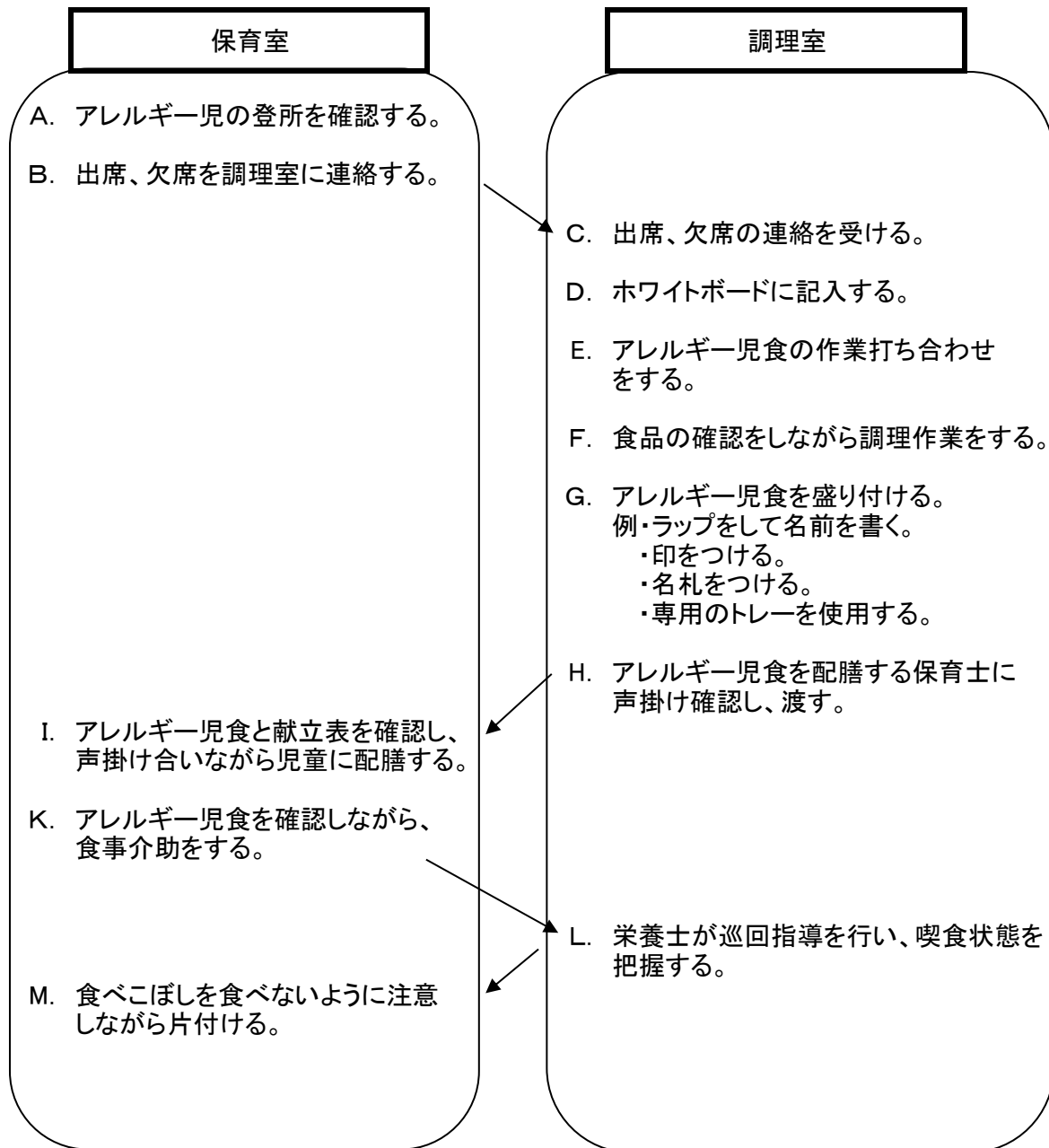
アナフィラキシー：皮膚・呼吸器・消化器などのいくつかの症状が重なる

アナフィラキシーショック：脈が速い、ぐったり・意識がない、血圧低下

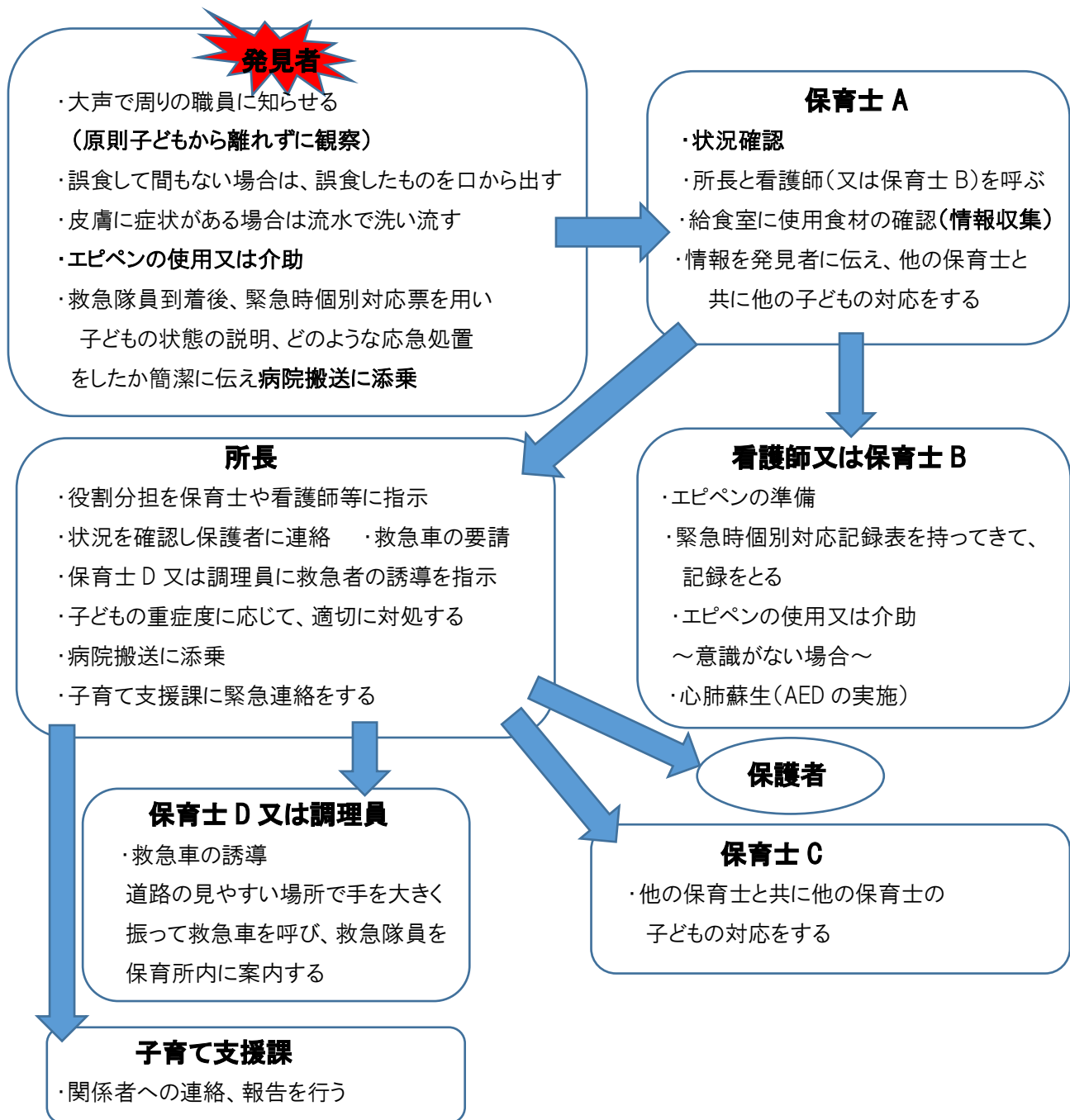
アレルギー児の食事の対応について(フローチャート)



日 々 の 作 業 確 認



緊急時対応マニュアル(保育士等用)



※119通報後も子どもの症状に変化があれば、続報として再度119番する。
ショック状態時は、血圧低下を防ぐため上半身を起こさないようにする。

《 緊急時の手順 》

- ① 発見者は、大声で周りの職員に知らせ、他の保育士等と初期対応を行います。
- ② 所長は、児童の移動や役割分担を保育士等に指示します。
- ③ 看護師又は保育士は、エピペンの使用・介助をし、必要あれば心肺蘇生(AED)の実施をします。
- ④ 所長と担任は緊急時個別対応票を持参し、救急車に同乗し、事故状況を説明します。
また、保護者や医師に正確に事故状況を説明します。
- ⑤ 保育所は市子育て支援課に緊急連絡をします。市子育て支援課は、関係者への連絡・報告を行います。

エピペンを預かっている児童への使用について（保育士等用）

- ①エピペンを施設等で預かる場合、保護者と面接時に緊急時の対応について十分に確認し合い、「保育所等におけるアレルギー疾患生活管理指導表（医師診断書）」の内容については最低でも年1回は確認する。
- ②エピペンの薬剤説明書（子どもの名前、薬剤名、容量、どんな時に使用するか）を提出してもらう。容量については、毎年度医師に確認してもらう。
- ③エピペンはケースに収めた状態で、すぐに取り出せる場所で、子どもの手の届かない場所に15℃～30℃の範囲で保管する。夏は直射日光の当たらない場所に置くなどして保管温度に注意する。（冷蔵庫は不可）必ず有効期限を把握しておく。
- ④使用については、症状を観察し重症度を判断するが、症状は急変するので、プレショック状態でエピペンを打ち、その後、必ず救急車を要請し、医療機関を受診する。

【一般向けエピペンの適応】（日本小児アレルギー学会）

エピペンが処方されている患者で、アナフィラキシーショックを疑う場合、下記の症状が一つでもあれば、使用すべきである。

消化器の症状	・繰り返し吐き続ける　・持続する強い（がまんできない）お腹の痛み
呼吸器の症状	・のどや胸が締め付けられる　・声がかすれる　・犬が吠えるような咳
全身の症状	・唇や爪が青白い　・脈を触れにくい、不規則 ・意識がもうろうとしている　・ぐったりしている　・尿や便を漏らす

⑤時間毎の症状と行った処置は必ず食物アレルギー緊急時個別対応票に記録する。

⑥症状が現れた時は、迷わず119番へ連絡し救急搬送を依頼する。（緊急時は最優先）

ア．食物アレルギーによるアナフィラキシー症状が現れている旨を伝える。

イ．保育所名、年齢、性別などを伝える。

ウ．どんな症状がいつから現れて、これまでに行った処置とその時間、エピペン処方の有無を食物アレルギー緊急個別対応票により伝える。特に状態が悪い時は、意識状態、顔色、を伝える。

【エピペンとは】

エピペン 0.15mg は、アドレナリンを注射の形で投与できるようにしたものであり、体重 15 kg 以上の子どもを対象として処方されている。

アドレナリンは、主に心臓の動きを強めたり、抹消血管を収縮させたりして血圧を上げる作用がある。また、気管・気管支などの気道（肺への空気の通り道）を拡張する作用もある。

【種類】 0.15mg（体重 15～30 kg）、0.3mg（体重 30 kg 以上）の二種類

【使用期限】 輸入品のため 1 年半程度

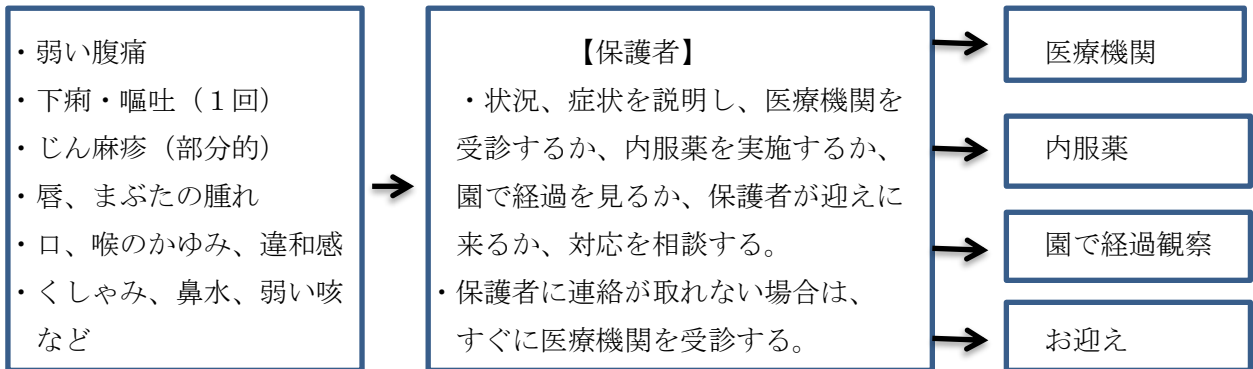
【注意】 常温保存（冷蔵庫は不可）、使用後は医療廃棄物として処分（消防隊員に渡す）

食物アレルギー症状が出現した時の対応（救急車、医療機関）

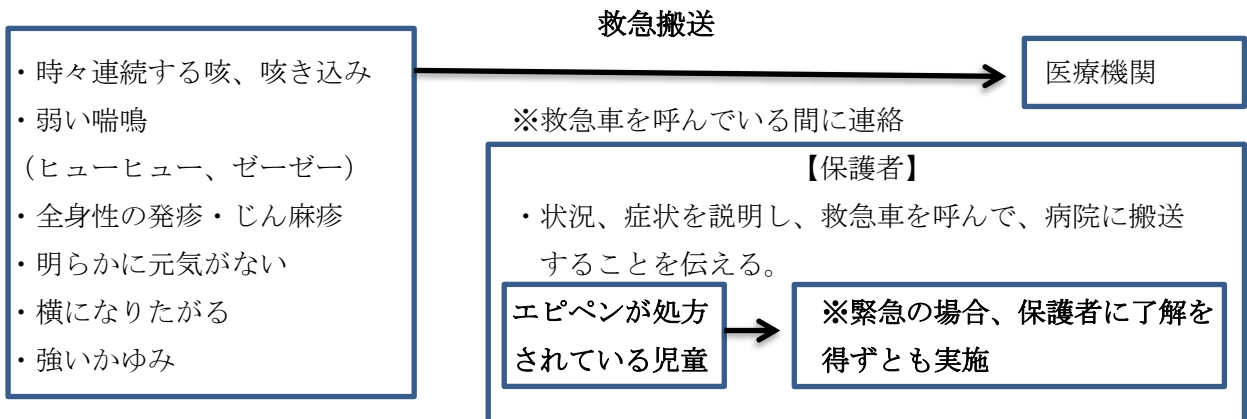
食物アレルギーは、食後すぐから2時間の間に多く発症しますが、まれに36時間から48時間に発症することもあります。症状は単独あるいはいくつか重なって現れます。

なお、エピペンが処方されている児童にアレルギー症状が出たときは、急変することがあるため、ためらわずエピペンを打ち、すぐ救急車を要請し、医療機関を受診します。

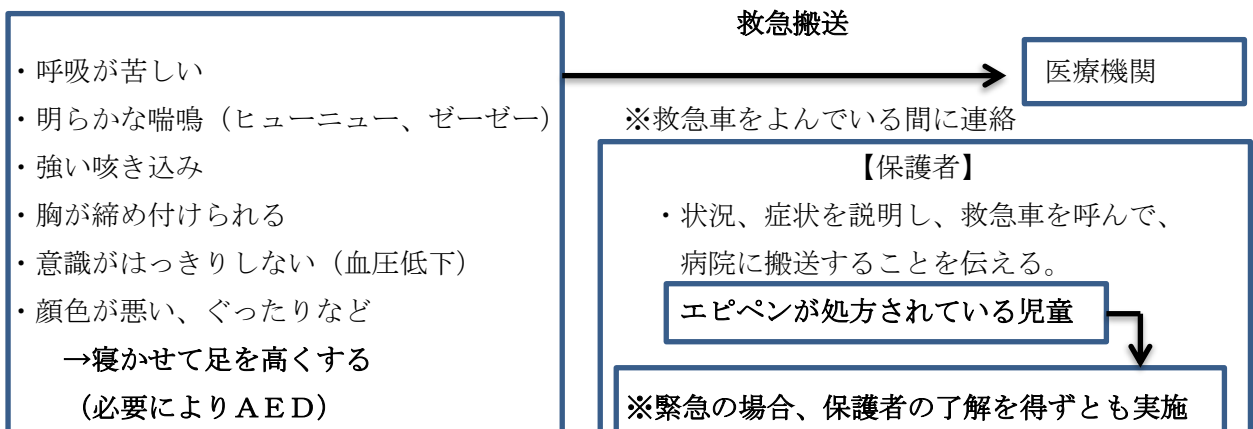
1 軽症、誤食してアレルギー反応が出ない場合 → 保護者に相談し、医療機関を受診



2 中等症の場合 → 救急車を呼ぶ



3 重症（アナフィラキシー等緊急を要する症状）の場合 → 救急車を呼ぶ



※食物アレルギー症状が出現した時の対応は、保育所内で繰り返し訓練し、緊急時に慌てないようにします。

様式一覧

○保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表

○除去解除申請書＜定型①＞

○除去解除申請書＜定型②＞

○緊急時に備えた処方薬保管依頼書

○緊急時個別対応票

○緊急時個別対応経過記録表

○給食関係報告書（食物アレルギー誤食等）

〈参考様式〉

保育所・認定こども園におけるアレルギー疾患生活管理指導表（食物アレルギー・アナフィラキシー・気管支ぜん息） 提出日 年 月 日

名前 **氏名 **性別 **生年月日 生 （ **月齢 ） **クラス 組 園名 **施設名

※ この生活管理指導表は、保育所、認定こども園の生活において特別な配慮や管理が必要となった子どもに限って、医師が作成するものです。

緊急連絡先
★保護者
電話：
★連絡医療機関
医療機関名：
電話：

食物アレルギー（あり・なし）	病型・治療		保育所での生活上の留意点		記載日 年 月 日
	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. 管理必要（管理内容については、病型・治療のC. 欄及び下記C. E欄を参照）		医師名
	B. アナフィラキシー病型 1. 食物（原因：） 2. その他（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・昆虫・動物のフケや毛）		B. アレルギー用調整粉乳 1. 不要 2. 必要 下記該当ミルクに○、又は（ ）内に記入 ミルフィーHP ・ 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（ ）		医療機関名
	C. 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に除去根拠を記載 1. 鶏卵 《 》 2. 牛乳・乳製品 《 》 3. 小麦 《 》 4. ソバ 《 》 5. ピーナッツ 《 》 6. 大豆 《 》 7. ゴマ 《 》 8. ナッツ類* 《 》（すべて・クルミ・カシューナッツ・アーモンド） 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（ ） 「*は（ ）の中の該当する項目に○をするか具体的に記載すること」		C. 除去食品においてより厳しい除去が必要なものの病型・治療のC. 欄で除去の際に、より厳しい除去が必要となるもののみに○をつける ※本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した料理については、給食対応が困難となる場合があります 1. 鶏卵： 卵殻カルシウム 2. 牛乳・乳製品： 乳糖 3. 小麦： 醤油・酢・麦茶 6. 大豆： 大豆油・醤油・味噌 7. ゴマ： ゴマ油 12. 魚類： かつおだし・いりこだし 13. 肉類： エキス E. 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うえ記載。対応内容は保育所が保護者と相談）		電話
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®」 3. その他（ ）		D. 食物・食材を扱う活動 1. 管理不要 2. 原因食材を教材とする活動の制限（ ） 3. 調理活動時の制限（ ） 4. その他（ ）			
気管支ぜん息（あり・なし）	病型・治療		保育所での生活上の留意点		記載日 年 月 日
	A. 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良		A. 寝具に関して 1. 管理不要 2. 防ダニシーツ等の使用 3. その他の管理が必要（ ）		医師名
	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)： 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 3. DSCG吸入薬 4. ベータ刺激薬（内服 ・ 貼付薬） 5. その他（ ）		C. 急性憎悪（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 D. 急性憎悪（発作）時の対応（自由記載）		医療機関名
			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（ ）		電話

●保育所における日常の取り組み及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、配食委託事業者の職員及び消防機関・医療機関等と共有することに同意しますか。

- ・同意する
・同意しない

保護者氏名

〈参考様式〉

保育所・認定こども園におけるアレルギー疾患生活管理指導表（食物アレルギー・アナフィラキシー・気管支ぜん息）

提出日 年 月 日

名前 男・女 年 月 日生 （ 歳 ヶ月 ） 組 保育所名

※ この生活管理指導表は、保育所、認定こども園の生活において特別な配慮や管理が必要となった子どもに限って、医師が作成するものです。

アトピー性皮膚炎 (あり・なし)	病型・治療		保育所での生活上の留意点		記載日 年 月 日
	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：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満にみられる。 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：軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変 ※強い炎症を伴う皮疹：紅斑、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（ ）		医師名
	B-1. 常用する外用薬 1. ステロイド軟膏 2. タクロリムス軟膏（「プロトピ 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（ ）	C. 食物アレルギーの合併 1. あり 2. なし	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（ ） 4. 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うえ記載。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定）	医療機関名
			C. 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要（管理内容: ） 3. 夏季シャワー浴 （施設で可能な場合）		電話
アトピー性結膜炎 (あり・なし)	病型・治療		保育所での生活上の留意点		記載日 年 月 日
	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（管理内容: ） 3. プールへの入水不可		医師名
	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うえ記載。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定）		医療機関名
			B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要（管理内容: ）		電話
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)	病型・治療		保育所での生活上の留意点		記載日 年 月 日
	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（管理内容: ）		医師名
	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うえ記載。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定）		医療機関名
					電話

●保育所における日常の取り組み及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、配食委託事業者の職員及び消防機関・医療機関等と共有することに同意しますか。

- ・ 同意する
- ・ 同意しない

保護者氏名

施設名<

>

緊急時に備えた処方薬（エピペン[®] 内服薬 その他）保管依頼書（長期用）

預かり開始日		クラス		児童名		生年月日							
年 月 日				男・女		年 月 日							
保護者氏名				緊急連絡先		① ②							
医療機関名				処方日		年 月 日							
薬品名・量				使用期限		年 月 日							
保育所 記載	保管場所												
	保管上の留意点 「エピペン [®] 」の成分は、光により分解されやすいため、携帯用のケースに収められた状態で保管し、使用するまで取り出すべきではない。 また 15～30℃で保存することが望ましいので、冷所（例：冷蔵庫）または日光のあたる高温下等に放置すべきではない。												
	連絡事項												
確認	確認 月日	4 /	5 /	6 /	7 /	8 /	9 /	10 /	11 /	12 /	1 /	2 /	3 /
	確認 者												

《預かる際の注意事項》

- * 医師の処方の薬のみ保管します（処方箋をもとに薬局で出される薬の説明書、またはそのコピーを保管依頼書に添付してください。）
- * 内服薬は1回分、点眼薬は未開封のものとし、薬の容器や袋にもクラス、氏名（フルネーム）を記入し、保管・与薬依頼書と一緒に直接職員に手渡してください。
- * 薬品名や与薬量（用量）が変わった場合は、すみやかに新しい薬を保管・与薬依頼書と一緒に手渡してください。
- * 年度末には薬を一度保護者に返却させていただきます。依頼内容に変更等がないか主治医に確認していただき、再度保管の依頼をお願いします。
- * 緊急時（誤食時）の場合は保護者に連絡しますので、必ず連絡が取れるようにお願いします。

■ 緊急時個別対応票（表）

年 月 日作成

組	名 前	原因食品
組		

緊急時使用預かり

管理状況	エピペン®	有 ・ 無
		保管場所 () 有効期限 (年 月 日)
	内服薬	有 ・ 無
		保管場所 ()

緊急時対応の原則

以下の症状が一つでもあればエピペン®を使用し、救急車を要請

全身の症状

- ☐ぐったり
- ☐意識もうろう
- ☐尿や便を漏らす
- ☐脈が触れにくいまたは不規則
- ☐唇や爪が青白い

呼吸器の症状

- ☐のどや胸がしめ付けられる
- ☐声がかすれる
- ☐犬が吠えるような咳
- ☐息がしにくい
- ☐持続する強い咳き込み
- ☐ゼーゼーする呼吸

消化器の症状

- ☐持続する強い(がまんできない)お腹の痛み
- ☐繰り返し吐き続ける

緊急時の連絡先

医療機関・消防機関

救急(緊急)	119
搬送医療機関	名称
	電話 ()
搬送医療機関	名称
	電話 ()

医療機関、消防署への伝達内容

- 1.年齢、性別ほか患者の基本情報
 - 2.食物アレルギーによるアナフィラキシー症状が現れていること
 - 3.どんな症状がいつから現れて、これまでに行った処置、またその時間
- ※特に状態が悪い場合は、意識状態、顔色、心拍、呼吸数を伝えられると良い
- ※その際、可能であれば本対応票を救急隊と共有することも有効

保護者連絡先

名前・名称	続柄	連絡先

保護者への伝達・確認内容

- 1.食物アレルギー症状が現れたこと
- 2.症状や状況に応じて、医療機関への連絡や、救急搬送すること
- 3.(症状により)エピペン使用を判断したこと
- 4.保護者が園や病院に来られるかの確認
- 5.(救急搬送等の場合)搬送先を伝え、搬送先に保護者が来られるか確認

経過記録票

(氏名) _____ (生年月日) 年 月 日 (歳 か月)

1. 誤食時間	年 月 日 時 分				
2. 食べたもの					
3. 食べた量					
4. 保育所で行った処置	【エピペン®】	エピペン®の使用 あり・なし 時 分			
	【内服薬】	使用した薬() 時 分			
	【その他】	・口の中を取り除く ・うがいをさせる ・手を洗わせる ・触れた部位を洗い流す			
5. 症状 ※「症状チェックシート」(ガイドラインP ●)参照	◆症状のチェックは緊急性が高い、左の欄から行う(■⇒■⇒■)				
	全身	☐ ぐったり ☐ 意識がもうろう ☐ 尿や便を漏らす ☐ 脈が触れにくいまたは不規則 ☐ 唇や爪が青白い			
	呼吸器	☐ のどや胸が締め付けられる ☐ 声がかすれる ☐ 犬が吠えるような声 ☐ 息がしにくい ☐ 持続する強い咳き込み ☐ ゼーゼーする呼吸	☐ 数回の軽い咳		
	消化器	☐ 持続する(がまんできない)お腹の痛み ☐ 繰り返す吐き続ける	☐ 中等度のお腹の痛み ☐ 1～2回の嘔吐 ☐ 1～2回の下痢	☐ 軽い(がまんできる)お腹の痛み ☐ 吐き気	
	目・鼻・口・顔	上記の症状が 1つでも当てはまる場合	☐ 顔全体の晴れ ☐ まぶたの晴れ	☐ 目のかゆみ、充血 ☐ 口の中の違和感 ☐ くしゃみ、鼻水、鼻づまり	
	皮膚		☐ 強いかゆみ ☐ 全身に広がるじんま疹 ☐ 全身が真っ赤	☐ 軽度のかゆみ ☐ 数個のじんま疹 ☐ 部分的な赤み	
		1つでも当てはまる場		1つでも当てはまる場合	
	ただちに緊急対応		速やかに医療を受診		
			安静にし、注意深く経過観察		
6. 症状の経過 ※少なくとも5分ごとに注意深く観察	時間	症状	脈拍 (回/分)	呼吸数 (回/分)	その他の症状・状態等把握した事項
	:				
	:				
	:				
	:				
	:				
	:				
7. 記録者名					
8. 医療機関	医療機関名	主治医名	電話番号	備考(ID番号等)	

除 去 解 除 申 請 書

令和 年 月 日

保育所 ・ こども園

氏名 : _____

本 児 は 管 理 指 導 表 で「未 摂 取」の た め
除 去 し て い た(食 物 名: _____)
に 関 し て、医 師 の 指 導 の も と、こ れ ま で に 複 数 回
食 べ て 症 状 が 誘 発 さ れ て い な い の で、園 に お け る
完 全 解 除 を お 願 い し ま す 。

保 護 者 名 : _____ (印)

除 去 解 除 申 請 書

令和 年 月 日

保育所 ・ こども園

氏名 : _____

本 児 は 管 理 指 導 表 で「未 摂 取」以 外 を
理 由 に 除 去 し て い た(食 品 名: _____)
に 関 し て、医 師 の 指 導 の も と、こ れ ま で に 複 数 回
食 べ て 症 状 が 誘 発 さ れ て い な い の で、園 に お け る
完 全 解 除 を お 願 い し ま す。

保 護 者 名 : _____ (印)

除 去 解 除 申 請 書

令和 年 月 日

保育所 ・ こども園

氏名 : _____

本 児 は 管 理 指 導 表 で “未摂取” や “未摂取以外” の た め
除 去 し て い た (食 物 名: _____)
に 関 し て 、 医 師 の 指 導 の も と 、 こ れ ま で に 複 数 回
食 べ て 症 状 が 誘 発 さ れ て い な い の で 、 園 に お け る
完 全 解 除 を お 願 い し ま す 。

保 護 者 名 : _____ (印)

給食関係報告書（食物アレルギー誤食用）

種別（該当に○）	事 故 / ヒヤリ・ハット
施設名	
所（園）長名	
発生日時	年 月 日（ 曜日） AM・PM ：
献立名	
原因食材（アレルギー）	
児童名前（年齢）	（ 歳）
発生状況と対応	
発生原因	
再発防止策	
子育て支援課対応記録 年 月 日 受付	

報告対象：食物アレルギー対応食の提供で誤食や誤飲につながる問題が発生した場合。

アレルギー代替食品 チェック表

年 月 日

施設名（ ） 名前（ ）
アレルギー（ ）

●アレルギー代替食品の原材料記載欄を貼付する。 または、食品名等を記入すること。	
---	--

* 上記の食品について保護者に使用許可をとり、アレルゲンを含まない食品であることを確認しました。

調理員（ ）
栄養士（ ）