

食物アレルギー管理マニュアル

2012年4月 出雲医師会 学校医部会

2016年3月改訂第2版

2020年4月改定第3版

2025年1月改定第4版

1. 食物アレルギーとは

- 食物によって生体にとって不利益な症状が惹起されるもので、抗原特異的な免疫学的機序を介する

食物アレルギーの臨床型

臨床型		発症年齢	頻度の高い食物	特徴
新生児・乳児消化管アレルギー		新生児 乳児	普通ミルク	嘔吐、下痢、血便など消化器症状のみ (体重増加不良のみの場合もある)
食物アレルギーの関与する 乳児アトピー性皮膚炎		乳児	鶏卵、牛乳、小麦、大豆	適切なスキンケアで寛解しないアトピー性皮膚炎のうち、食物除去で改善し再開すると増悪する
即時型		乳児～ 成人	鶏卵、牛乳、小麦、甲殻類、魚類、ピーナッツ	主に IgE 依存性で、摂取から 2-3 時間以内に症状が出現する
特殊型	食物依存性運動誘発 アナフィラキシー	学童～ 成人	小麦、甲殻類、 果物	摂取のみでは無症状だが、運動などの条件付きで症状が出現する
	口腔アレルギー症候群	幼児～ 成人	生の果物、野菜	花粉症が先行する花粉-果物症候群が多い。口腔・咽頭に限局

2. 診断

- 問診: 原因と臨床型の推定
- 血液検査、皮膚テスト: 特異的 IgE 抗体の証明。検査の結果と症状は一致しないことがある
- 食物負荷試験: 確定診断, 摂取可能量の評価などを目的として施行する
- 食物除去: 患者申告のみを根拠とした除去はしない

3. 治療

① スキンケア

- ⇒ 経皮感作進行の防止
- ⇒ アナフィラキシーの軽症化
- ⇒ ステロイド、保湿剤の適切な外用指導

② 原因の食べ物の除去

- ⇒ **除去が必要な食べ物を特定し、見直しをもって除去する**
- ⇒ 原因食物であっても、症状がでない範囲を食べることで摂取可能量が増加する
- ⇒ 母乳中、妊娠中の母親の食事制限はしない
- ⇒ 6～12 か月後に再評価

③ 症状への対応を整える

- ⇒ 皮膚・粘膜症状: 抗ヒスタミン薬
- ⇒ 呼吸器症状: 気管支拡張薬吸入, 内服
- ⇒ アナフィラキシー: ポスミン 0.01mg/kg, エピペン® (体重 15kg 以上)
- ⇒ 保護者に対して対応を具体的に指導する

※予防接種はほとんどの児で可能

- ⇒ 鶏卵アレルギーがあっても、MR ワクチン、インフルエンザワクチンは可能

4. 保育園、幼稚園、学校への対応

- 食物除去の指示書(診断書)(別紙①)を医師が記載する
 - ⇒ 原則 **“完全除去”** か **“対応不要”**
 - ⇒ 未摂取のものは、家庭で試してから。それまでは基本的に除去する
 - ⇒ 保育園・幼稚園の要望による血液検査や皮膚テストはしない
 - ⇒ 症状が出現した時の対応を明記する
- 解除(別紙②)について
 - ⇒ 医師の指導のもと、保護者が書面(別紙②)を保育園に提出する

5. アレルギー外来紹介の目安(紹介状は別紙③)

- コントロール不良の乳児アトピー性皮膚炎
- 多品目の食物アレルギー感作
- アナフィラキシー症状を起こした
- 1歳以上で2品目以上の除去アレルギーがある
- 3歳以上で1品目以上の除去アレルギーがある
- 負荷試験が必要
- 家族の不安などで除去を解除できない、食事が進まない
- 栄養士の介入が望ましい(成長障害、保護者の困り感)

紹介先(紹介状は別紙③)

島根大学医学部附属病院小児科 Phone; 0853-20-2383 Fax; 0853-20-2297

- 舩金聖也 木(終日)
E-mail;
- 竹谷 健 月(午後)、火(午前)
E-mail; ttaketani@med.shimane-u.ac.jp

参考資料

- しまねアレルギー情報館
<http://shimane-allergie.com/>
- アレルギーポータル
<https://allergyportal.jp/>
- 保育所におけるアレルギー対応ガイドライン(2019年改訂版)
<https://www.mhlw.go.jp/content/000511242.pdf>
- 学校給食における食物アレルギー対応指針
https://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/afieldfile/2015/03/26/1355518_1.pdf
- 食物アレルギーの診療の手引き 2017
<https://www.foodallergy.jp/wp-content/themes/foodallergy/pdf/manual2017.pdf>
- 食物アレルギーの栄養食事指導の手引き 2017
<https://www.foodallergy.jp/wp-content/themes/foodallergy/pdf/nutritionalmanual2017.pdf>
- 食物アレルギー診療ガイドライン 2016 ダイジェスト
https://www.jspaci.jp/allergy_2016/index.html

【表】学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)

名前 _____ (男 女) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 学校 _____ 年 _____ 組 提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※この生活管理指導表は、学校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医師が作成するものです。

		病型・治療	学校生活上の留意点	緊急時連絡先
() なし () あり	アナフィラキシー 食物アレルギー	A 食物アレルギー病型(食物アレルギーありの場合のみ記載) <input type="checkbox"/> 即時型 <input type="checkbox"/> 口腔アレルギー症候群 <input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー <hr/> B アナフィラキシー病型(アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載) <input type="checkbox"/> 食物 (原因) <input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー <input type="checkbox"/> 運動誘発アナフィラキシー <input type="checkbox"/> 昆虫 () <input type="checkbox"/> 医薬品 () <input type="checkbox"/> その他 () <hr/> 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 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> 《 》内記載事項: ① 明らかな症状の既往 ② 食物経口負荷試験陽性 《 》内記載事項: ③ IgE抗体等検査結果陽性 ④ 未摂取 </div> <input type="checkbox"/> 1. 鶏卵 《 》 <input type="checkbox"/> 2. 牛乳・乳製品 《 》 <input type="checkbox"/> 3. 小麦 《 》 <input type="checkbox"/> 4. ソバ 《 》 ()に具体的な食品名を記載 <input type="checkbox"/> 5. ピーナッツ 《 》 <input type="checkbox"/> 6. 甲殻類 《 》 (<input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> エビ <input type="checkbox"/> カニ) <input type="checkbox"/> 7. 木の実類 《 》 (<input type="checkbox"/> すべて・クルミ・カシュー・アーモンド) <input type="checkbox"/> 8. 果物類 《 》 (<input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> クルミ <input type="checkbox"/> カシュー <input type="checkbox"/> アーモンド) <input type="checkbox"/> 9. 魚類 《 》 () <input type="checkbox"/> 10. 肉類 《 》 () <input type="checkbox"/> 11. その他1 《 》 () <input type="checkbox"/> 12. その他2 《 》 () <hr/> D 緊急時に備えた処方薬 <input type="checkbox"/> 内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) <input type="checkbox"/> アドレナリン自己注射薬(「エピペン®」) <input type="checkbox"/> その他 ()	A 給食 <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 管理必要 <hr/> B 食物・食材を扱う授業・活動 <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 管理必要 <hr/> C 運動(体育・部活動等) <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 管理必要 <hr/> D 宿泊を伴う校外活動 <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 管理必要 <hr/> E 原因食物を除去する場合により厳しい除去が必要なもの ※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。 <input type="checkbox"/> 鶏卵 : 卵殻カルシウム <input type="checkbox"/> 牛乳 : 乳糖・乳清焼成カルシウム <input type="checkbox"/> 小麦 : 醤油・酢・味噌 <input type="checkbox"/> 大豆 : 大豆油・醤油・味噌 <input type="checkbox"/> ゴマ : ゴマ油 <input type="checkbox"/> 魚類 : かつおだし・いりこだし・魚醤 <input type="checkbox"/> 肉類 : エキス <hr/> F その他の配慮・管理事項(自由記述)	★保護者 電話: _____ <hr/> ★連絡医療機関 医療機関名: _____ <hr/> 電話: _____ <hr/> 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____
	() なし () あり	気管支ぜん息	病型・治療 A 症状のコントロール状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 比較的良好 <input type="checkbox"/> 不良 <hr/> B-1 長期管理薬(吸入) <input type="checkbox"/> ステロイド吸入薬 () () <input type="checkbox"/> ステロイド吸入薬/長時間作用性ベータ刺激薬配合 () () <input type="checkbox"/> その他 () () <hr/> B-2 長期管理薬(内服) <input type="checkbox"/> ロイコトリエン拮抗薬 () <input type="checkbox"/> その他 () <hr/> B-3 長期管理薬(注射) <input type="checkbox"/> 生物学的製剤 () <hr/> C 発作時の対応 <input type="checkbox"/> ベータ刺激薬吸入 () () <input type="checkbox"/> ベータ刺激薬内服 () ()	A 運動(体育・部活動等) <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 管理必要 <hr/> B 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 管理必要 <hr/> C 宿泊を伴う校外活動 <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 管理必要 <hr/> D その他の配慮・管理事項(自由記述)

【裏】学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)

名前 _____ (男・女) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 年 _____ 組 提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

アトピー性皮膚炎 (あり・なし)	病型・治療	学校生活上の留意点	記載日
	<p>A 重症度のためやす(厚生労働科学研究班)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 軽症 : 面積に関わらず、軽度の皮疹のみ見られる。 <input type="checkbox"/> 中等症 : 強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満に見られる。 <input type="checkbox"/> 重症 : 強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満に見られる。 <input type="checkbox"/> 最重症 : 強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上に見られる。 <small>* 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</small></p> <p>B-1 常用する外用薬 <input type="checkbox"/> ステロイド軟膏 <input type="checkbox"/> タクロリムス軟膏 (「プロトピック®」) <input type="checkbox"/> 保湿剤 <input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>B-2 常用する内服薬 <input type="checkbox"/> 抗ヒスタミン薬 <input type="checkbox"/> その他 []</p> <p>B-3 常用する注射薬 <input type="checkbox"/> 生物学的製剤</p>	<p>A プール指導及び長時間の紫外線下での活動 <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 管理不要</p> <p>B 動物との接触 <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 管理不要</p> <p>C 発汗後 <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 管理不要</p> <p>D その他の配慮・管理事項(自由記述)</p>	<p>_____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>医師名 _____ (印)</p> <p>医療機関名 _____</p>
アレルギー性結膜炎 (あり・なし)	病型・治療	学校生活上の留意点	記載日
	<p>A 病型 <input type="checkbox"/> 通年性アレルギー性結膜炎 <input type="checkbox"/> 季節性アレルギー性結膜炎(花粉症) <input type="checkbox"/> 春季カタル <input type="checkbox"/> アトピー性角結膜炎 <input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>B 治療 <input type="checkbox"/> 抗アレルギー点眼薬 <input type="checkbox"/> ステロイド点眼薬 <input type="checkbox"/> 免疫抑制点眼薬 <input type="checkbox"/> その他 ()</p>	<p>A プール指導 <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 管理不要</p> <p>B 屋外活動 <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 管理不要</p> <p>C その他の配慮・管理事項(自由記載)</p>	<p>_____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>医師名 _____ (印)</p> <p>医療機関名 _____</p>
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)	病型・治療	学校生活上の留意点	記載日
	<p>A 病型 <input type="checkbox"/> 通年性アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> 季節性アレルギー性鼻炎(花粉症) 主な症状の時期: <input type="checkbox"/> 春 <input type="checkbox"/> 夏 <input type="checkbox"/> 秋 <input type="checkbox"/> 冬</p> <p>B 治療 <input type="checkbox"/> 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬(内服) <input type="checkbox"/> 鼻噴霧用ステロイド薬 <input type="checkbox"/> 舌下免疫療法(ダニ・スギ) <input type="checkbox"/> その他 ()</p>	<p>A 屋外活動 <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 管理不要</p> <p>B その他の配慮・管理事項(自由記載)</p>	<p>_____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>医師名 _____ (印)</p> <p>医療機関名 _____</p>

(公財)日本学校保健会 作成

学校における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、本票に記載された内容を学校の全教職員及び関係機関等で共有することに同意します。

保護者氏名 _____

除去解除申請書

令和 年 月 日

保育所

.....保育園

.....幼稚園組

氏名：.....

本児は診断書で除去していた（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

別紙③

島根大学医学部附属病院
アレルギー外来 宛

紹介元
医師

患者氏名
患者カナ
生年月日
性別

紹介目的など、該当するものに○をつけてください

- 食物負荷試験
- 原因アレルゲンの検索
- 1歳以上で2品目以上の除去アレルゲンがある
- 3歳以上で1品目以上の除去アレルゲンがある
- 学童期で耐性獲得していないアレルゲンがある
- 家族の不安などで除去を解除できない、食事が進まない
- アトピー性皮膚炎のコントロール、スキンケア指導
- 栄養士の介入
- 合併アレルギー疾患の管理（気管支喘息、アレルギー性鼻炎など）

病歴

症状のあった日	摂取した食物・量	摂取から症状までの時間

施行した検査があれば、結果のコピーを送っていただくか下記にご記入ください

施行日	結果

定期内服薬

その他特記事項