

【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 () 歳 _____ 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	
アナフィラキシー (あり・なし) 食物アレルギー (あり・なし)	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) 1. 即時型 2. 口腔アレルギー症候群 3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	A 給食 1. 管理不要 2. 管理必要			★保護者 電話番号：
	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) 1. 食物 () 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3. 運動誘発アナフィラキシー 4. 昆虫 () 5. 医薬品 () 6. その他 ()	B 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要			★医療機関 医療機関名： 電話番号：
	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 《 》 【除去根拠】 該当するものを《 》内に記載 2. 牛乳・乳製品 《 》 ① 明らかな症状の既往 ② 食物経口負荷試験陽性 3. 小麦 《 》 ③ IgE抗体等検査結果陽性 ④ 未摂取 4. ソバ 《 》 《 》に具体的な食品名を記載 5. ピーナッツ 《 》 6. 甲殻類 《 》 《 すべて・エビ・カニ 》 7. 木の实類 《 》 《 すべて・クルミ・カシュー・アーモンド 》 8. 果物類 《 》 9. 魚類 《 》 10. 肉類 《 》 11. その他1 《 》 12. その他2 《 》	C 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要			電話番号： 診察券番号：
	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. 軟こう 3. アドレナリン自己注射薬(「エピペン®」) 4. その他 ()	D 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要			<input type="checkbox"/> ※救急当番病院に従う場合には、 左記チェックボックスにチェック
		E 原因食物を除去する場合には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ります。			記載日 年 月 日
		F その他の配慮・管理事項(自由記述) ※下記に○を付ける前に欄下の注意書きを御確認ください。 極微量で命にかかわる反応が誘発される可能性があるか → ある ・ ない		医師名 医療機関名 本表作成(エピペン®処方)医療機関の 診察券番号：	
病型・治療		学校生活上の留意点		緊急時連絡先	
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 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要			★保護者 電話番号：
B-1 長期管理薬(吸入) 1. ステロイド吸入薬 () () 2. ステロイド吸入薬/長時間作用性吸入ベータ刺激薬配合剤 () () 3. その他 () ()		B 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 1. 管理不要 2. 管理必要			★医療機関 医療機関名： 電話番号：
B-2 長期管理薬(内服) 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 () 2. その他 ()		C 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要			<input type="checkbox"/> ※救急当番病院に従う場合には、 左記チェックボックスにチェック
B-3 長期管理薬(注射) 1. 生物学的製剤 ()		D その他の配慮・管理事項(自由記述)			記載日 年 月 日
C 発作時の対応 1. ベータ刺激薬吸入 () () 2. ベータ刺激薬内服 () ()		医師名 医療機関名			

極微量で命にかかわる反応が誘発される可能性があるかについて、あるに○がある場合は、学校との面談の際にどの程度対応が必要か確認させていただきます。
 また、主治医にどの程度除去が必要か確認させていただく場合があります。

【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 () 歳 _____ 学校 _____ 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
	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、軽度の皮疹のみ見られる。 2. 中等症: 強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満に見られる。 3. 重症: 強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満に見られる。 4. 最重症: 強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上に見られる。 *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		年 月 日
	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 (「プロトピック®」) 3. 保湿剤 4. その他 ()		医師名
	B-2 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他 []		医療機関名
B-3 常用する注射薬 1. 生物学的製剤		学校生活上の留意点	記載日
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
	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 ()		年 月 日
	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 ()		医師名
			医療機関名
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
	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		年 月 日
	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(ダニ・スギ) 4. その他 ()		医師名
			医療機関名

◆ 学校及び放課後における日常の取り組みや緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を教職員全員及び放課後児童クラブ等の実施事業者で共有することに同意しますか。

また、エピペン®所有者については本表の情報を那須地区消防本部に提供することに同意しますか。

同意するものに○をつけてください。また、保護者の署名についてもお願いいたします。

1. 教職員での内容共有
2. 放課後児童クラブ等の実施事業者への情報提供
3. 那須地区消防本部への情報提供

保護者署名:

那須塩原市教育委員会 様式一部改変