

表 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

名前 _____

保護者記入欄

組 _____

提出日 _____年____月____日

※この生活管理指導表は、_____するものです。

	病型・治療	学校生活上の留意点	
アナフィラキシー (あり・なし) 食物アレルギー (あり・なし)	Ⅰ 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	Ⅰ 給食 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅱ 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要	★保護者 <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; font-size: 24px; color: red; margin: 5px;">保護者記入欄</div> ★連絡医療機関 医療機関名： 電話：
	Ⅱ 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（原因 _____） 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（ _____ ）	Ⅲ 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅳ 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅴ 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 <small>※本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した料理場合があります。</small>	
	<div style="border: 2px dashed blue; padding: 10px; font-size: 24px; color: blue; margin: 0 auto;"> 医師記入欄 (点線枠内) </div>		
	Ⅲ 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ 1. 鶏卵 〈 〉 2. 牛乳・乳製品 〈 〉 3. 小麦 〈 〉 4. ソバ 〈 〉 5. ピーナッツ 〈 〉 6. 甲殻類 〈 〉 7. 木の実類 〈 〉 8. 果物類 〈 〉 9. 魚類 〈 〉 10. 肉類 〈 〉 11. その他1 〈 〉 12. その他2 〈 〉	Ⅵ その他の配慮・管理事項(自由記述) ① 明らかな症状の既往 ② IgE抗体等検査結果陽性 () に具体的な食品名を記す	記載日 _____年____月____日 医師名 _____ ⑩ 医療機関名
	Ⅳ 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®」） 3. その他（ _____ ）		
	病型・治療	学校生活上の留意点	
喘息 (あり・なし)	Ⅰ 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良	Ⅰ 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要	★保護者 電話： ★連絡医療機関 医療機関名： 電話：
	Ⅱ-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 () ()	Ⅱ 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	
	Ⅱ-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 ()	Ⅲ 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要	
	Ⅱ-3 長期管理薬（注射） 1. 生物学的製剤 ()	Ⅳ その他の配慮・管理事項(自由記述)	
	Ⅲ 発作時の対応 1. ベータ刺激薬吸入 () () 2. ベータ刺激薬内服 () ()		

保護者記入欄

名前 _____

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>▲ 重症度のめやす (厚生労働科学研究班)</p> <p>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。</p> <p>*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</p>		<p>▲ プール指導及び長時間の紫外線下での活動</p> <p>1. 管理不要 2. 管理必要</p>		年 月 日
アレルギー性結膜炎 (あり・なし)	病型・治療		留意点		記載日
	<p>▲ 病型</p> <p>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 ()</p> <p>▲ 治療</p> <p>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 ()</p>		<p>▲ その他の配慮・管理事項 (自由記述)</p> <p>1. 管理不要 2. 管理必要</p>		年 月 日
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>▲ 病型</p> <p>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</p> <p>▲ 治療</p> <p>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 ()</p>		<p>▲ 屋外活動</p> <p>1. 管理不要 2. 管理必要</p>		年 月 日

医師記入欄
(点線枠内)

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
保護者氏名 _____

保護者記入欄