

【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	★保護者
() 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 <input type="checkbox"/> 1. 鶏卵 《 》 [除去根拠] 該当するものを《 》内に記載 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 3. 小麦 《 》 ③ IgE抗体等検査結果陽性 ④ 未摂取 <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"/>) <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)	緊急時連絡先	★保護者 電話: _____
	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ (印) 医療機関名 _____				
(公財) 日本学校保健会 作成	() なし	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)	緊急時連絡先	★保護者 電話: _____
	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ (印) 医療機関名 _____				

【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> <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。 * 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>A プール指導及び長時間の紫外線下での活動</p> <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 管理不要	_____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____		
	<p>B-1 常用する外用薬</p> <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>B-2 常用する内服薬</p> <input type="checkbox"/> 抗ヒスタミン薬 <input type="checkbox"/> その他 [_____]	<p>B-3 常用する注射薬</p> <input type="checkbox"/> 生物学的製剤	<p>B 動物との接触</p> <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 管理不要	_____
	<p>D その他の配慮・管理事項(自由記述)</p> _____		<p>C 発汗後</p> <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 管理不要	医療機関名 _____	
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</p> <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>A プール指導</p> <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 管理不要	_____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____		
	<p>B 治療</p> <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>B 屋外活動</p> <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 管理不要	_____		
	<p>C その他の配慮・管理事項(自由記述)</p> _____		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		
	<p>A 病型</p> <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>A 屋外活動</p> <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 管理不要	_____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____		
	<p>B 治療</p> <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>B その他の配慮・管理事項(自由記述)</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 _____