

学校生活管理指導表（アレルギー疾患用） 名前 _____ 男・女 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生（ _____ 歳） _____ 学校 _____ 年 _____ 組 提出日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

アナフィラキシー（あり・なし）
食物アレルギー（あり・なし）

病型・治療	学校生活上の留意点	緊急時連絡先	
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 ◆管理の必要な食品 () ◇牛乳・乳製品において摂取不可に× [] 飲用牛乳 [] 牛乳・乳製品を使用した食品及び料理 [] パン(脱脂粉乳最大2.8g含有)		★保護者 電話： _____ _____
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（原因 _____） 4. 昆虫 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 5. 医薬品 3. 運動誘発アナフィラキシー 6. その他（ _____ ）	B. 食物・食材を扱う授業・活動 1. 配慮不要 2. 配慮必要 ◆配慮の必要な食品 ()		★連絡医療機関 医療機関名： _____ _____ 電話： _____
C. 原因食物・診断根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ◀ ▶内に診断根拠を記載 1. 鶏卵 ◀ ▶ [診断根拠] 該当するもの全てを◀ ▶内に記載 2. 牛乳・乳製品 ◀ ▶ ① 明らかな症状の既往 3. 小麦 ◀ ▶ ② 食物負荷試験陽性 4. ソバ ◀ ▶ ③ IgE抗体等検査結果陽性 5. ピーナッツ ◀ ▶ ④ 未摂取 ()には、食品名を記載 6. 種実類・木の実類 ◀ ▶ () 7. 甲殻類(エビ・カニ) ◀ ▶ () 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 ◆管理の必要な食品 ()		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____
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（「エピペン®」） 3. その他（ _____ ）	D. 宿泊を伴う校外活動 1. 配慮不要 2. 配慮必要 ◆配慮の必要な食品 ()		
E. 変更・追加点	E. その他の配慮・管理事項（自由記載）		

※ 記入内容について学校から主治医に問い合わせをさせていただくことがあります。

※ 診断根拠が「未摂取」による管理が必要な食品については、医師と相談のうえ家庭で摂取し、次回の対応見直しの際に解除できるようご協力ください。

● 学校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教職員全員及び救急搬送時等の関係機関で共有することに同意します。

保護者署名： _____

学校生活管理指導表（アレルギー疾患用） 名前 _____ 男・女 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生（ _____ 歳） _____ 学校 _____ 年 _____ 組 提出日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

気管支ぜん息（あり・なし）	病型・治療		学校生活上の留意点		緊急時連絡先 ★保護者 電話： ★連絡医療機関 医療機関名： 電話： 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____	
	A. 重症度分類(発作型) 1. 間欠型 2. 軽症持続型 3. 中等症持続型 4. 重症持続型		C. 急性発作治療薬 1. ベータ刺激薬吸入 2. ベータ刺激薬内服			A. 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. 強い運動は不可
	B-1.長期管理薬(吸入薬) 1. ステロイド吸入薬 2. 長時間作用性吸入ベータ刺激薬 3. 吸入抗アレルギー薬(「インターール®」) 4. その他(_____)		D. 急性発作時の対応(自由記載)			
	B-2.長期管理薬(内服薬・貼付薬) 1. テオフィリン徐放製剤 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 3. ベータ刺激内服薬・貼付薬 4. その他(_____)		C. 宿泊を伴う校外活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定			D. その他の配慮・管理事項(自由記載)
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 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____	
	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. プール指導及び長時間の紫外線下での活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定			C. 発汗後 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. (学校施設で可能な場合) 夏季シャワー浴
	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(_____)	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. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強い ため不可 動物名 [_____]		D. その他の配慮・管理事項(自由記載)				
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 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____	
	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. 保護者と相談し決定 3. プールへの入水不可			C. その他の配慮・管理事項(自由記載)
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(_____)		B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定				
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 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____	
	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. 保護者と相談し決定			
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. その他(_____)		B. その他の配慮・管理事項(自由記載)				