

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 \_\_\_\_\_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。

|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                 |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| アナフィラキシー<br>（あり・なし）<br>食物アレルギー<br>（あり・なし） | <b>病型・治療</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>学校生活上の留意点</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ★保護者<br>電話：<br><br>★連絡医療機関<br>医療機関名：<br><br>電話：<br><br>【緊急時連絡先】 |
|                                           | <b>病型・治療</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>学校生活上の留意点</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                 |
| アナフィラキシー<br>（あり・なし）<br>食物アレルギー<br>（あり・なし） | <b>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）</b><br>1. 即時型<br>2. 口腔アレルギー症候群<br>3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Ⅰ 給食</b><br>1. 管理不要          2. 管理必要<br><b>Ⅱ 食物・食材を扱う授業・活動</b><br>1. 管理不要          2. 管理必要                                                                                                                                                                                                         | ★保護者<br>電話：<br><br>★連絡医療機関<br>医療機関名：<br><br>電話：<br><br>【緊急時連絡先】 |
|                                           | <b>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）</b><br>1. 食物（原因）<br>2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー<br>3. 運動誘発アナフィラキシー<br>4. 昆虫（<br>5. 医薬品（<br>6. その他（                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Ⅲ 運動（体育・部活動等）</b><br>1. 管理不要          2. 管理必要<br><b>Ⅳ 宿泊を伴う校外活動</b><br>1. 管理不要          2. 管理必要<br><b>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</b><br>※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。<br>鶏卵：卵殻カルシウム<br>牛乳：乳糖・乳清焼成カルシウム<br>小麦：醤油・酢・味噌<br>大豆：大豆油・醤油・味噌<br>ゴマ：ゴマ油<br>魚類：かつおだし・いりこだし・魚醤<br>肉類：エキス |                                                                 |
| アナフィラキシー<br>（あり・なし）<br>食物アレルギー<br>（あり・なし） | <b>Ⅲ 原因食物・除去根拠</b> 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に除去根拠を記載<br>1. 鶏卵      《      》<br>2. 牛乳・乳製品      《      》<br>3. 小麦      《      》<br>4. ソバ      《      》<br>5. ピーナッツ      《      》<br>6. 甲殻類      《      》（      ）<br>7. 木の実類      《      》（      ）<br>8. 果物類      《      》（      ）<br>9. 魚類      《      》（      ）<br>10. 肉類      《      》（      ）<br>11. その他1      《      》（      ）<br>12. その他2      《      》（      ） | <b>Ⅲ 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</b><br>※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。<br>鶏卵：卵殻カルシウム<br>牛乳：乳糖・乳清焼成カルシウム<br>小麦：醤油・酢・味噌<br>大豆：大豆油・醤油・味噌<br>ゴマ：ゴマ油<br>魚類：かつおだし・いりこだし・魚醤<br>肉類：エキス                                                                                                       | ★保護者<br>電話：<br><br>★連絡医療機関<br>医療機関名：<br><br>電話：<br><br>【緊急時連絡先】 |
|                                           | <b>Ⅳ 緊急時に備えた処方薬</b><br>1. 内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬）<br>2. アドレナリン自己注射薬（「エピペン®」）<br>3. その他（                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Ⅳ その他の配慮・管理事項(自由記述)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                 |
| 気管支ぜん息<br>（あり・なし）                         | <b>病型・治療</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>学校生活上の留意点</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ★保護者<br>電話：<br><br>★連絡医療機関<br>医療機関名：<br><br>電話：<br><br>【緊急時連絡先】 |
|                                           | <b>病型・治療</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>学校生活上の留意点</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                 |
| 気管支ぜん息<br>（あり・なし）                         | <b>Ⅰ 症状のコントロール状態</b><br>1. 良好          2. 比較的良好          3. 不良                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Ⅰ 運動（体育・部活動等）</b><br>1. 管理不要          2. 管理必要                                                                                                                                                                                                                                                      | ★保護者<br>電話：<br><br>★連絡医療機関<br>医療機関名：<br><br>電話：<br><br>【緊急時連絡先】 |
|                                           | <b>Ⅱ-1 長期管理薬（吸入）</b><br>1. ステロイド吸入薬      （      ）（      ）<br>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      （      ）（      ）<br>3. その他      （      ）（      ）                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Ⅱ 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動</b><br>1. 管理不要          2. 管理必要                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                 |
| 気管支ぜん息<br>（あり・なし）                         | <b>Ⅱ-2 長期管理薬（内服）</b><br>1. ロイコトリエン受容体拮抗薬      （      ）<br>2. その他      （      ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Ⅲ 宿泊を伴う校外活動</b><br>1. 管理不要          2. 管理必要                                                                                                                                                                                                                                                        | ★保護者<br>電話：<br><br>★連絡医療機関<br>医療機関名：<br><br>電話：<br><br>【緊急時連絡先】 |
|                                           | <b>Ⅱ-3 長期管理薬（注射）</b><br>1. 生物学的製剤      （      ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Ⅳ その他の配慮・管理事項(自由記述)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                 |
| 気管支ぜん息<br>（あり・なし）                         | <b>Ⅲ 発作時の対応</b><br>1. ベータ刺激薬吸入      （      ）（      ）<br>2. ベータ刺激薬内服      （      ）（      ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Ⅳ その他の配慮・管理事項(自由記述)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                            | ★保護者<br>電話：<br><br>★連絡医療機関<br>医療機関名：<br><br>電話：<br><br>【緊急時連絡先】 |
|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                 |

## 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<br>(あり・なし)  | 病型・治療                                                                                                                                                                                                                                          |  |  | 学校生活上の留意点                                                                              |                                 | 記載日                                     |          |
|                      | <b>Ⅰ 重症度のめやす（厚生労働科学研究班）</b><br>1. 軽症：面積に関わらず、軽度の皮疹のみ見られる。<br>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。<br>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。<br>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。<br>*軽度の皮疹：軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変<br>*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 |  |  | <b>Ⅱ プール指導及び長時間の紫外線下での活動</b><br>1. 管理不要      2. 管理必要                                   |                                 | 年      月      日                         |          |
|                      | <b>Ⅲ-1 常用する外用薬</b><br>1. ステロイド軟膏<br>2. タクロリムス軟膏（「プロトピック®」）<br>3. 保湿剤<br>4. その他（                      ）                                                                                                                                         |  |  | <b>Ⅲ-2 常用する内服薬</b><br>1. 抗ヒスタミン薬<br>2. その他<br>[                                      ] | <b>Ⅲ-3 常用する注射薬</b><br>1. 生物学的製剤 | <b>Ⅳ 動物との接触</b><br>1. 管理不要      2. 管理必要 | 医師名<br>⑤ |
|                      |                                                                                                                                                                                                                                                |  |  | <b>Ⅴ 発汗後</b><br>1. 管理不要      2. 管理必要                                                   |                                 | 医療機関名                                   |          |
| アレルギー性結膜炎<br>(あり・なし) | 病型・治療                                                                                                                                                                                                                                          |  |  | 学校生活上の留意点                                                                              |                                 | 記載日                                     |          |
|                      | <b>Ⅰ 病型</b><br>1. 通年性アレルギー性結膜炎<br>2. 季節性アレルギー性結膜炎（花粉症）<br>3. 春季カタル<br>4. アトピー性角結膜炎<br>5. その他（                      ）                                                                                                                           |  |  | <b>Ⅱ プール指導</b><br>1. 管理不要      2. 管理必要                                                 |                                 | 年      月      日                         |          |
|                      | <b>Ⅲ 治療</b><br>1. 抗アレルギー点眼薬<br>2. ステロイド点眼薬<br>3. 免疫抑制点眼薬<br>4. その他（                      ）                                                                                                                                                     |  |  | <b>Ⅳ 屋外活動</b><br>1. 管理不要      2. 管理必要                                                  |                                 | 医師名<br>⑤                                |          |
|                      |                                                                                                                                                                                                                                                |  |  | <b>Ⅴ その他の配慮・管理事項（自由記載）</b>                                                             |                                 | 医療機関名                                   |          |
| アレルギー性鼻炎<br>(あり・なし)  | 病型・治療                                                                                                                                                                                                                                          |  |  | 学校生活上の留意点                                                                              |                                 | 記載日                                     |          |
|                      | <b>Ⅰ 病型</b><br>1. 通年性アレルギー性鼻炎<br>2. 季節性アレルギー性鼻炎（花粉症）<br>主な症状の時期： 春    夏    秋    冬                                                                                                                                                              |  |  | <b>Ⅱ 屋外活動</b><br>1. 管理不要      2. 管理必要                                                  |                                 | 年      月      日                         |          |
|                      | <b>Ⅲ 治療</b><br>1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬（内服）<br>2. 鼻噴霧用ステロイド薬<br>3. 舌下免疫療法（ダニ・スギ）<br>4. その他（                      ）                                                                                                                                   |  |  | <b>Ⅳ その他の配慮・管理事項（自由記載）</b>                                                             |                                 | 医師名<br>⑤                                |          |
|                      |                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |                                                                                        |                                 | 医療機関名                                   |          |

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 \_\_\_\_\_