

名前 _____ 男・女 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳) _____ 学校 _____ 年 _____ 組 提出日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

表
学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)

病型・治療		学校生活上の留意点		★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 _____ (印) 医療機関名 _____
気管支ぜん息 (あり・なし) 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 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 (「インターナル [®] 」) 4. その他 (_____) ----- 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. 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 D. 急性発作時の対応 (自由記載)	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. 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 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 (_____)		
		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)		
		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ (印) 医療機関名 _____		
アトピー性皮膚炎 (あり・なし) A. 重症度のめやす (厚生労働科学研究所) 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。 <small>*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</small>		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 (_____)		
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	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 D. その他の配慮・管理事項 (自由記載)	
記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ (印) 医療機関名 _____				
アレルギー性結膜炎 (あり・なし) 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 (_____) 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 (_____)		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 B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 C. その他の配慮・管理事項 (自由記載)		
記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ (印) 医療機関名 _____				

名前 _____ 男・女 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳) _____ 学校 _____ 年 _____ 組 提出日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

裏
学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)

病型・治療		学校生活上の留意点	★保護者 電話： ★連絡医療機関 医療機関名： 電話：
アナフィラキシー (あり・なし) 食物アレルギー (あり・なし)		A. 給食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. 食物・食材を扱う授業・活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 C. 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 D. 宿泊を伴う校外活動 1. 配慮不要 2. 食事やイベントの際に配慮が必要 E. その他の配慮・管理事項(自由記載)	
アナフィラキシー病型(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 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 _____) 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(_____) 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 《 》 2. 牛乳・乳製品 《 》 3. 小麦 《 》 4. ソバ 《 》 5. ピーナッツ 《 》 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 《 》 (_____) 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(_____)		学校生活上の留意点 A. 給食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. 食物・食材を扱う授業・活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 C. 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 D. 宿泊を伴う校外活動 1. 配慮不要 2. 食事やイベントの際に配慮が必要 E. その他の配慮・管理事項(自由記載)	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ (印) 医療機関名 _____
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)		A. 屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. その他の配慮・管理事項(自由記載)	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ (印) 医療機関名 _____

【診断根拠】該当するもの全てを《 》内に記載
 ① 明らかな症状の既往
 ② 食物負荷試験陽性
 ③ IgE抗体等検査結果陽性

●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で共有することに同意しますか。

- 1. 同意する
- 2. 同意しない

保護者署名： _____