

学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

# 活用のしおり

～主治医用～

## 大田区教育委員会

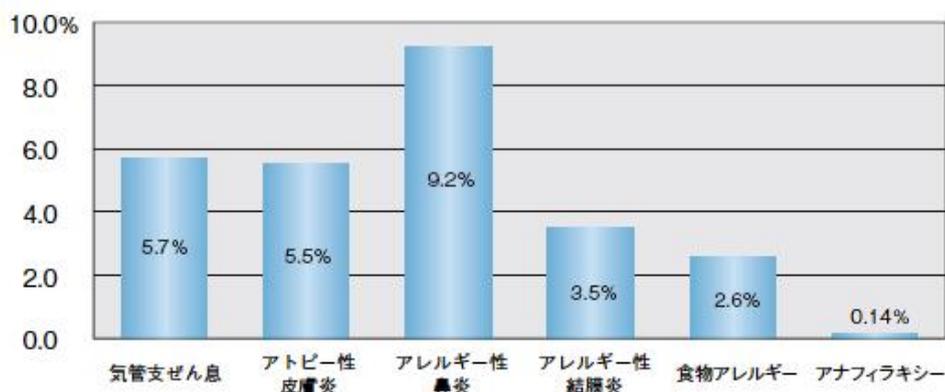
### アレルギー疾患のある児童生徒の主治医の皆様へ

文部科学省の調査により、学校には、アレルギー疾患のある児童生徒が多く在籍していることが明らかになりました。

アレルギー疾患のある児童生徒の中には、学校生活で、特に管理や配慮を必要とする児童生徒がいます。学校が、このような児童生徒に対して、適切な管理や配慮を実施するためには、主治医の皆様からの指導が必要です。

保護者の皆様からの求めに応じ、「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の記載をお願いします。

児童生徒全体のアレルギー疾患有病率



学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）の記入方法は以下の通りです。

◆表◆ 気管支ぜん息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性結膜炎

学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

氏名 男・女 平成 年 月 日生（ 歳） 学校 年 組 通日 平成 年 月 日

① 気管支ぜん息（あり・なし） アレルギー性皮膚炎（あり・なし） アレルギー性結膜炎（あり・なし）	病型・治療 A. 診断（診断・診断時期） 1. 診断時期 2. 診断機関 3. 診断内容 4. その他 B. 治療 1. ステロイド吸入薬 2. ステロイド経口薬 3. ステロイド外用薬 4. その他	学校生活上の留意点 A. 診断（診断・診断時期） 1. 診断時期 2. 診断機関 3. 診断内容 4. その他 B. 治療 1. ステロイド吸入薬 2. ステロイド経口薬 3. ステロイド外用薬 4. その他	4 緊急時連絡先 緊急時連絡先 緊急時連絡先	
	病型・治療 A. フォルムリン吸入薬 B. ステロイド吸入薬 C. ステロイド外用薬 D. その他	学校生活上の留意点 A. フォルムリン吸入薬 B. ステロイド吸入薬 C. ステロイド外用薬 D. その他	5 記載日 医師名 医療機関名	5 記載日 医師名 医療機関名
	病型・治療 A. フォルムリン吸入薬 B. ステロイド吸入薬 C. ステロイド外用薬 D. その他	学校生活上の留意点 A. フォルムリン吸入薬 B. ステロイド吸入薬 C. ステロイド外用薬 D. その他	3 記載日 医師名 医療機関名	3 記載日 医師名 医療機関名

① 疾患名のところの（あり・なし）欄に当該疾患の有無について○をつけ、「あり」の場合、下位項目のそれぞれへの記入をお願いします。

② 「病型・治療」欄

当該疾患の原因や症状、服用中の薬など、子どもの現在の状況を記入してください。

※本表は大きな変化がない場合、1年間を通じて使用しますので、現在の状況および、今後1年間を通じて予測される状況を記載してください。

③ 「学校生活上の留意点」欄

学校生活における管理・配慮の必要性について記入してください。

※同上

④ 気管支ぜん息、食物アレルギー・アナフィラキシー「あり」の場合、緊急の対応が必要になることもあるため、「緊急時連絡先」欄の医療機関部分に連絡先を記入してください。

⑤ 記載日、医師名、医療機関名を記入してください。

◆裏◆ 食物アレルギー・アナフィラキシー、アレルギー性鼻炎

学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

氏名 男・女 平成 年 月 日生（ 歳） 学校 年 組 通日 平成 年 月 日

① 食物アレルギー（あり・なし） アナフィラキシー（あり・なし） アレルギー性鼻炎（あり・なし）	病型・治療 A. 診断（診断・診断時期） 1. 診断時期 2. 診断機関 3. 診断内容 4. その他 B. 治療 1. ステロイド吸入薬 2. ステロイド経口薬 3. ステロイド外用薬 4. その他	学校生活上の留意点 A. 診断（診断・診断時期） 1. 診断時期 2. 診断機関 3. 診断内容 4. その他 B. 治療 1. ステロイド吸入薬 2. ステロイド経口薬 3. ステロイド外用薬 4. その他	4 緊急時連絡先 緊急時連絡先 緊急時連絡先	
	病型・治療 A. フォルムリン吸入薬 B. ステロイド吸入薬 C. ステロイド外用薬 D. その他	学校生活上の留意点 A. フォルムリン吸入薬 B. ステロイド吸入薬 C. ステロイド外用薬 D. その他	5 記載日 医師名 医療機関名	5 記載日 医師名 医療機関名
	病型・治療 A. フォルムリン吸入薬 B. ステロイド吸入薬 C. ステロイド外用薬 D. その他	学校生活上の留意点 A. フォルムリン吸入薬 B. ステロイド吸入薬 C. ステロイド外用薬 D. その他	3 記載日 医師名 医療機関名	3 記載日 医師名 医療機関名

※学校における日時の取り組み及び保護者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。

1. 同意する  
2. 同意しない

必要に応じて、保護者を通じて、学校からより詳細な情報や指導を求められることもあります。その際のご協力もよろしくお願いします。

※財団法人学校保健会が運営している「学校保健」(<http://www.gakkohoken.jp>) から、「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」をダウンロードすることができます。

表

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 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

病型・治療		学校生活上の留意点		<b>【緊急時連絡先】</b> ★保護者 電話： ★連絡医療機関 医療機関名： 電話：	
<b>気管支ぜん息</b> （あり・なし）	<b>A. 重症度分類（発作型）</b> 1. 間欠型 2. 軽症持続型 3. 中等症持続型 4. 重症持続型	<b>C. 急性発作治療薬</b> 1. ベータ刺激薬吸入 2. ベータ刺激薬内服 <b>D. 急性発作時の対応（自由記載）</b>	<b>A. 運動（体育・部活動等）</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. 強い運動は不可 <b>B. 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動</b> 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>C. 宿泊を伴う校外活動</b> 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 <b>D. その他の配慮・管理事項（自由記載）</b>		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____
	<b>B-1. 長期管理薬（吸入薬）</b> 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 （「インタール®」） 4. その他（ _____ ）				
<b>B-2. 長期管理薬（内服薬・貼付薬）</b> 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（ _____ ）					
<b>アトピー性皮膚炎</b> （あり・なし）	<b>病型・治療</b>		<b>学校生活上の留意点</b>		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____
	<b>A. 重症度のめやす（厚生労働科学研究班）</b> 1. 軽症：面頬に関わらず、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、薄屑主体の病変            *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>B-1. 常用する外用薬</b> 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>B-2. 常用する内服薬</b> 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他（ _____ ）	<b>C. 食物アレルギーの合併</b> 1. あり 2. なし	<b>A. プール指導及び長時間の紫外線下での活動</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 <b>B. 動物との接触</b> 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>C. 発汗後</b> 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>D. その他の配慮・管理事項（自由記載）</b>
<b>アレルギー性結膜炎</b> （あり・なし）	<b>病型・治療</b>		<b>学校生活上の留意点</b>		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____
	<b>A. 病型</b> 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>B. 治療</b> 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>A. プール指導</b> 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>B. 屋外活動</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 <b>C. その他の配慮・管理事項（自由記載）</b>	

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

病型・治療		学校生活上の留意点	★保護者 電話： _____
<b>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）</b> 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>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）</b> 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（ _____） <b>C. 原因食物・診断根拠</b> 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 〈 _____ 〉（ _____） <b>D. 緊急時に備えた処方薬</b> 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（「エビペン®」） 3. その他（ _____）		<b>A. 給食</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 <b>B. 食物・食材を扱う授業・活動</b> 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 <b>C. 運動（体育・部活動等）</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 <b>D. 宿泊を伴う校外活動</b> 1. 配慮不要 2. 食事やイベントの際に配慮が必要 <b>E. その他の配慮・管理事項（自由記載）</b>	
<b>アナフィラキシー（あり・なし）</b> <b>食物アレルギー（あり・なし）</b>		記載日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 医師名 _____ (印) 医療機関名 _____	
病型・治療		学校生活上の留意点	記載日
<b>A. 病型</b> 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 <b>B. 治療</b> 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>A. 屋外活動</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 <b>B. その他の配慮・管理事項（自由記載）</b>	_____ 年 ____ 月 ____ 日 医師名 _____ (印) 医療機関名 _____
<b>アレルギー性鼻炎（あり・なし）</b>			

【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

見本

●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： \_\_\_\_\_