

# 医師が作成する書類ですが、一部、保護者が記入する箇所があります。

※例年、記入漏れが多い箇所です。記入漏れがないか、提出前に再度ご確認ください。

## 【表面】

**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

アレルギー疾患	学校生活上の留意点	保護者
<b>アナフィラキシー (あり・なし)</b> <b>食物アレルギー</b> <b>食物アレルギー (アレルギーありの場合のみ記載)</b> 1. 食品類 2. 医薬品 3. 食物依存性過敏反応(アナフィラキシー) <b>アナフィラキシー (アナフィラキシーありの場合のみ記載)</b> 1. 食品類 ( ) 2. 医薬品 ( ) 3. 食物依存性過敏反応(アナフィラキシー) ( ) 4. 昆虫 ( ) 5. 医薬品 ( ) 6. その他 ( ) <b>原因食物・除去依頼</b> 該当する食品の番号に○をし、かつ( )内に除去依頼を記載 1. 鶏卵 ( ) 2. 牛乳・乳製品 ( ) 3. 小麦 ( ) 4. ソバ ( ) 5. ピーナッツ ( ) 6. 甲殻類 ( ) 7. 木の实類 ( ) 8. 果物類 ( ) 9. 魚類 ( ) 10. 肉類 ( ) 11. その他1 ( ) 12. その他2 ( ) <b>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 (「エピペン®」) 3. その他 ( )	<b>給食</b> 1. 管理不要 2. 管理必要 <b>目 食物・食材を扱う授業・活動</b> 1. 管理不要 2. 管理必要 <b>目 運動 (体育・部活動等)</b> 1. 管理不要 2. 管理必要 <b>目 宿泊を伴う校外活動</b> 1. 管理不要 2. 管理必要 <b>目 原因食物を除去する場合により新しい除去が必要なもの</b> ※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。 備考：新産力シロウム 牛乳：乳糖、乳糖低力シロウム 小麦：醤油・酢・味噌 大豆：大豆油・醤油・味噌 ゴマ：ゴマ油 魚類：かつおだし・いりこだし・魚露 肉類：エキス <b>目 その他の配慮・管理事項 (自由記載)</b>	保護者 電話： _____ 医療機関名： _____ 電話： _____ 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 印 医療機関名 _____
<b>アナフィラキシー (あり・なし)</b> <b>気管支ぜん息</b> <b>病型・治療</b> <b>目 症状のコントロール状態</b> 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良 <b>目-1 長期経路薬 (吸入)</b> 1. ステロイド吸入薬 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 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 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 3. その他 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) <b>目-2 長期経路薬 (内服)</b> 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 2. その他 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) <b>目-3 長期経路薬 (注射)</b> 1. 生物学的製剤 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) <b>目 発作時の対応</b> 1. ベータ刺激薬吸入 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 2. ベータ刺激薬内服 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	<b>学校生活上の留意点</b> <b>目 運動 (体育・部活動等)</b> 1. 管理不要 2. 管理必要 <b>目 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動</b> 1. 管理不要 2. 管理必要 <b>目 宿泊を伴う校外活動</b> 1. 管理不要 2. 管理必要 <b>目 その他の配慮・管理事項 (自由記載)</b>	保護者 電話： _____ 医療機関名： _____ 電話： _____ 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 印 医療機関名 _____

## 【裏面】

**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

アレルギー疾患	学校生活上の留意点	保護者
<b>アナフィラキシー (あり・なし)</b> <b>アトピー性皮膚炎</b> <b>病型・治療</b> <b>目 重症度のめやす (厚生労働科学研究班)</b> 1. 軽症：面積に問わず、軽度の症状のみ見られる。 2. 中重症：強い炎症を伴う症状が体表面積の10%未満に見られる。 3. 重症：強い炎症を伴う症状が体表面積の10%以上、30%未満に見られる。 4. 最重症：強い炎症を伴う症状が体表面積の30%以上に見られる。 ※軽度の症状：軽度の紅斑、乾燥、掻痒、高度主休の病変 ※強い炎症を伴う症状：紅斑、丘疹、びらん、浸潤、びらんなどを伴う病変 <b>目-1 常用する外用薬</b> 1. ステロイド外用薬 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 2. タクロリムス外用薬 (「プロトピック®」) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 3. 保湿剤 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 4. その他 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) <b>目-2 常用する内服薬</b> 1. 抗ヒスタミン薬 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 2. その他 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) <b>目-3 常用する注射薬</b> 1. 生物学的製剤 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	<b>学校生活上の留意点</b> <b>目 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. 管理必要 <b>目 動物との接触</b> 1. 管理不要 2. 管理必要 <b>目 汗汗後</b> 1. 管理不要 2. 管理必要 <b>目 その他の配慮・管理事項 (自由記載)</b>	保護者 電話： _____ 医療機関名： _____ 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 印 医療機関名 _____
<b>アナフィラキシー (あり・なし)</b> <b>アレルギー性結膜炎</b> <b>病型・治療</b> <b>目 病型</b> 1. 過半数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>目 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>学校生活上の留意点</b> <b>目 プール指導</b> 1. 管理不要 2. 管理必要 <b>目 屋外活動</b> 1. 管理不要 2. 管理必要 <b>目 その他の配慮・管理事項 (自由記載)</b>	保護者 電話： _____ 医療機関名： _____ 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 印 医療機関名 _____
<b>アナフィラキシー (あり・なし)</b> <b>アレルギー性鼻炎</b> <b>病型・治療</b> <b>目 病型</b> 1. 過半数アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎 (花粉症) 主な症状の特徴：春、夏、秋、冬 <b>目 治療</b> 1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬 (内服) 2. 鼻粘膜用ステロイド薬 3. 鼻下免疫療法 (タニ-スチ) 4. その他 ( )	<b>学校生活上の留意点</b> <b>目 屋外活動</b> 1. 管理不要 2. 管理必要 <b>目 その他の配慮・管理事項 (自由記載)</b>	保護者 電話： _____ 医療機関名： _____ 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 印 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、本表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 \_\_\_\_\_

部分は、保護者がご記入ください。