

# 1 学校生活管理指導表(アレルギー疾患用) 学校名: \_\_\_\_\_

名前 (男・女) 年 月 日生 年 組

※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。

提出日 年 月 日

<b>ア ナ フ イ ラ キ シ ー</b>  <b>食 物 ア レ ル ギ</b>  <b>( あ り ・ な し )</b>	<b>病型・治療</b>			<b>学校生活上の留意点</b>		<b>【緊急時連絡先】</b>
	<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>			<b>A 給食</b> 1. 管理不要 2. 管理必要		
	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>			<b>B 食物・食材を扱う授業・活動</b> 1. 管理不要 2. 管理必要		
	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・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			<b>C 運動(体育・部活動等)</b> 1. 鶏卵 《 》 2. 牛乳・乳製品 《 》 3. 小麦 《 》 4. ソバ 《 》 5. ピーナツ 《 》 6. 甲殻類 《 》 7. 木の実類 《 》 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箋</b>			<b>D 宿泊を伴う校外活動</b> 1. 管理不要 2. 管理必要		
	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>E 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> ※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、給食対応が困難となる場合があります。		
				鶏卵:卵殻カルシウム 牛乳:乳糖・乳清焼成カルシウム 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・魚醤 肉類:エキス		
				<b>F その他の配慮・管理事項(自由記述)</b>		
	<b>気 管 支 せ ん 息 ー</b>  <b>( あ り ・ な し )</b>	<b>病型・治療</b>			<b>学校生活上の留意点</b>	
<b>A 症状のコントロール状態</b>			<b>A 運動(体育・部活動等)</b> 1. 管理不要 2. 管理必要			
1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良						
<b>B-1 長期管理薬(吸入)</b>			<b>B 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			
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>B-2 長期管理薬(内服)</b>			<b>C 宿泊を伴う校外活動</b> 1. 管理不要 2. 管理必要			
1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 2. その他						
<b>B-3 長期管理薬(注射)</b>			<b>D その他の配慮・管理事項(自由記述)</b>			
1. 生物学的製剤						
<b>C 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						

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

提出された書類及びそれに記載された個人情報は、学校における日常の取組及び緊急時の対応に活用し、卒業時または不要になったときに返却します。