

2 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

提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

	病型・治療			学校生活上の留意点		記載日 年 月 日 医師名 印
	アトピー性皮膚炎 (<i>あり·なし</i>)	A 重症度のめやす (厚生労働科学研究班) 1. 軽症：面積に関わらず、軽度の皮疹のみ見られる。 2. 中等症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満に見られる。 3. 重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満に見られる。 4. 最重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上に見られる。 <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>			A ブール指導及び長時間の紫外線下での活動 1. 管理不要 2. 管理必要 B 動物との接触 1. 管理不要 2. 管理必要 C 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要	
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 ()	B-3 常用する注射薬 1. 生物学的製剤 ()	D その他の配慮・管理事項(自由記述)		
アレルギー性結膜炎 (<i>あり·なし</i>)	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 ()			A ブール指導 1. 管理不要 2. 管理必要 B 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要		記載日 年 月 日 医師名 印 医療機関名
	B 治療 1. 抗アレルギ一点眼薬 2. ステロイド点眼薬 3. 免疫抑制点眼薬 4. その他 ()			C その他の配慮・管理事項(自由記述)		
アレルギー性鼻炎 (<i>あり·なし</i>)	A 病型 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			A 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 B その他の配慮・管理事項(自由記述)		記載日 年 月 日 医師名 印 医療機関名
	B 治療 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. 舌下免疫療法(ダニ・スギ) 4. その他 ()					

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。