

裏
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	
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） 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. ビーナッツ（ _____ ） 6. 種実類・木の实類（ _____ ）（ _____ ） 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（「エビペン®」） 3. その他（ _____ ）		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）	
[診断根拠] 該当するものを全てを（ ）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		保護者記入欄 ★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 _____ 主治医記入欄	
病型・治療		学校生活上の留意点	
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 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. その他（ _____ ）		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 _____ 主治医記入欄	

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）

（財）日本学校保健会作成

●学校に於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。

保護者記入欄
 1. 同意する
 2. 同意しない
 保護者署名： _____

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		記載日 年 月 日
	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. 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：軽度の紅腫、乾燥、痒感、厚皮土疹の病変 *強い炎症を伴う皮疹：紅腫、丘疹、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変</small> 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	A. プール指導及び長時間の紫外線下での活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 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 (_____) 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 _____ 医療機関名 _____	
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 _____ 医療機関名 _____	

【緊急時連絡先】

★保護者
電話： _____

★連絡医療機関
医療機関名： _____

電話： _____

除去の程度

(様式2)

食べられるものに○、食べられないものに×を()に記入してください。

卵

食品区分	食品リスト	○×
4	生卵、生の卵白が含まれる食品(一部シャーベット、ホイップクリームなど)	
3	加熱した卵料理(ゆで卵、卵焼き、オムレツ、目玉焼き など)	
	生の卵黄が含まれる食品(アイスクリーム、マヨネーズ、カスタードクリーム など)	
2	加熱した卵白が相当含まれる食品(プリン、茶碗蒸し、卵とじ、卵スープ など)	
	加熱した卵が含まれる食品(ケーキ、カステラ、クッキー、菓子パン、ドーナツ、天ぷら、フライの衣 など)	
1	つなぎに卵が含まれる食品(かまぼこ、ちくわ、ハム、ソーセージ、中華麺 など)	
1	全卵を極めて微量に含む食品(一部のパン、天ぷら粉、麺類のつなぎ)	

牛乳・乳製品

食品区分	食品リスト	○×
4	生の牛乳、牛乳を主原料とした食品(牛乳、調製粉乳、練乳 など)	
	生の牛乳を用いた食品(生クリーム、アイスクリームなど)	
3	牛乳が相当量含まれる食品(プリン、パバロア、クリームシチュー、ホワイトソース、ポターシュ など)	
	チーズ、ヨーグルト、バターやこれらを主要な原材料として用いた食品	
2	牛乳を多く用いたお菓子類(ケーキ、菓子パン、チョコレート、ドーナツ、カステラ など)	
	つなぎにカゼインを使用した食品(一部のハム、ソーセージ など)	
1	乳を含むマーガリン、ショートニング	
	牛乳やバターが少量含まれる食品(食パン、ビスケット、クッキー など)	
	乳糖	

小麦・麦製品

食品区分	食品リスト	○×
3	小麦粉を主成分とした食品(パン、うどん、パスタ、中華麺、麩、ケーキ など)	
2	小麦粉を少量使用した(肉・練り製品のつなぎ、カレーなどのルウ、フライや天ぷらの衣、麦ごはんなど)	
1	味噌、醤油、酢	

記入日 _____

児童生徒名 _____

保護者名 _____ 印 _____

肉類

食品区分	食品リスト	○×
2	肉そのもの(牛肉、鶏肉、豚肉 など)	
1	肉・骨などを使用したスープ(コンソメ、ルウ など)	

魚介類・甲殻類

食品区分	食品リスト	○×
2	甲殻類・魚そのもの(えび、かに、いか、魚、貝 など)	
1	魚介類を使用したスープなど(だし、ソースの一部 など)	
その他	魚卵(子持ちししゃも、たらこ など) ()	
備考(×な魚介類を列記)		

大豆・大豆加工品及び豆類

食品区分	食品リスト	○×
3	大豆、枝豆、おから	
	豆乳、豆腐、厚揚げ、油揚げ、がんもどき など	
2	納豆、きな粉、またその加工品	
	市販の食物油のほとんど(大豆油、天ぷら油、サラダ油 など)	
	マーガリン、ルウ	
1	豆類(あずき、もやし、いんげん豆、グリーンピース など)	
	味噌、醤油 など	

※食品区分は数字が大きいくほど、アレルギーの程度が高くなっています。

その他：×の食材をチェックして、具体的な品名を列記してください

野菜() 果物() 米 ナッツ類()

ごま その他()

(ぜんそく予防のためのよくわかる食物アレルギーの基礎知識 2012年改訂版より)

大阪府立藤井寺支援学校校長 様

食物アレルギー 解除届

学部 _____ 学年 _____ 組 _____

児童生徒氏名 _____

保護者氏名 _____

学校生活管理指導表で、学校生活での配慮を行っていた下記の食物について、医師の診断により除去等の配慮が必要となくなりましたことを届出いたします。

記

解除する食材	
備考	(その他特記事項があればご記入ください)