

【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

※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。

|                                                                              |                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                            |              |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <div>アナフィラキシー</div> <div>(あり・なし)</div> <div>食物アレルギー</div> <div>(あり・なし)</div> | 病型・治療                                                                                                                                                                                                                  | 学校生活上の留意点                                                                                                                                                                                                  | ★保護者<br>電話:  |
|                                                                              | 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)<br>1. 即時型<br>2. 口腔アレルギー症候群<br>3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー                                                                                                                                       | A 給食<br>1. 管理不要 2. 管理必要                                                                                                                                                                                    | 緊急時連絡先       |
|                                                                              | 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)<br>1. 食物 (原因 )<br>2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー<br>3. 運動誘発アナフィラキシー<br>4. 昆虫 ( )<br>5. 医薬品 ( )<br>6. その他 ( )                                                                                  | B 食物・食材を扱う授業・活動<br>1. 管理不要 2. 管理必要                                                                                                                                                                         |              |
|                                                                              | C 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に除去根拠を記載<br>1. 鶏卵 《 》<br>2. 牛乳・乳製品 《 》<br>3. 小麦 《 》<br>4. ソバ 《 》<br>5. ピーナッツ 《 》<br>6. 甲殻類 《 》<br>7. 木の実類 《 》<br>8. 果物類 《 》<br>9. 魚類 《 》<br>10. 肉類 《 》<br>11. その他1 《 》<br>12. その他2 《 》 | C 運動(体育・部活動等)<br>1. 管理不要 2. 管理必要                                                                                                                                                                           |              |
|                                                                              | D 緊急時に備えた処方薬<br>1. 内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬)<br>2. アドレナリン自己注射薬(「エピペン®」)<br>3. その他 ( )                                                                                                                                        | D 宿泊を伴う校外活動<br>1. 管理不要 2. 管理必要                                                                                                                                                                             |              |
|                                                                              |                                                                                                                                                                                                                        | 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<br>※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。<br><br>鶏卵 : 卵殻カルシウム<br>牛乳 : 乳糖・乳清焼成カルシウム<br>小麦 : 醤油・酢・味噌<br>大豆 : 大豆油・醤油・味噌<br>ゴマ : ゴマ油<br>魚類 : かつおだし・いりこだし・魚醤<br>肉類 : エキス | 記載日<br>年 月 日 |
|                                                                              |                                                                                                                                                                                                                        | F その他の配慮・管理事項(自由記述)                                                                                                                                                                                        | 医師名<br>⑩     |
|                                                                              |                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                            | 医療機関名        |
| <div>気管支ぜん息</div> <div>(あり・なし)</div>                                         | 病型・治療                                                                                                                                                                                                                  | 学校生活上の留意点                                                                                                                                                                                                  | ★保護者<br>電話:  |
|                                                                              | A 症状のコントロール状態<br>1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良                                                                                                                                                                                  | A 運動(体育・部活動等)<br>1. 管理不要 2. 管理必要                                                                                                                                                                           | 緊急時連絡先       |
|                                                                              | B-1 長期管理薬(吸入)<br>1. ステロイド吸入薬 ( ) ( )<br>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 ( ) ( )<br>3. その他 ( ) ( )                                                                                                                        | B 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動<br>1. 管理不要 2. 管理必要                                                                                                                                                                  |              |
|                                                                              | B-2 長期管理薬(内服)<br>1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 ( )<br>2. その他 ( )                                                                                                                                                                    | C 宿泊を伴う校外活動<br>1. 管理不要 2. 管理必要                                                                                                                                                                             |              |
|                                                                              | B-3 長期管理薬(注射)<br>1. 生物学的製剤 ( )                                                                                                                                                                                         | D その他の配慮・管理事項(自由記述)                                                                                                                                                                                        |              |
|                                                                              | C 発作時の対応<br>1. ベータ刺激薬吸入 ( ) ( )<br>2. ベータ刺激薬内服 ( ) ( )                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            | 記載日<br>年 月 日 |
|                                                                              |                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                            | 医師名<br>⑩     |
|                                                                              |                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                            | 医療機関名        |

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

|                                                                                                                             |         |                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                               |  |                                                 |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------|--|
| アトピー性皮膚炎                                                                                                                    | （あり・なし） | 病型・治療                                                                                                                                                                                                                                     |  | 学校生活上の留意点                                                     |  | 記載日                                             |  |
|                                                                                                                             |         | A 重症度のめやす(厚生労働科学研究班)<br>1. 軽症:面積に関わらず、軽度の皮疹のみ見られる。<br>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。<br>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。<br>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。<br>* 軽度の皮疹:軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変<br>* 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 |  | A プール指導及び長時間の紫外線下での活動<br>1. 管理不要                      2. 管理必要 |  | 年                      月                      日 |  |
|                                                                                                                             |         |                                                                                                                                                                                                                                           |  | B 動物との接触<br>1. 管理不要                      2. 管理必要              |  | 医師名                                             |  |
|                                                                                                                             |         |                                                                                                                                                                                                                                           |  | C 発汗後<br>1. 管理不要                      2. 管理必要                 |  | 医療機関名                                           |  |
| B-1 常用する外用薬<br>1. ステロイド軟膏<br>2. タクロリムス軟膏<br>(「プロトピック®」)<br>3. 保湿剤<br>4. その他                      (                      )   |         | B-2 常用する内服薬<br>1. 抗ヒスタミン薬<br>2. その他                      [                      ]                                                                                                                                                         |  | B-3 常用する注射薬<br>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                                                                                                                   | （あり・なし） | 病型・治療                                                                                                                                                                                                                                     |  | 学校生活上の留意点                                                     |  | 記載日                                             |  |
|                                                                                                                             |         | A 病型<br>1. 通年性アレルギー性結膜炎<br>2. 季節性アレルギー性結膜炎(花粉症)<br>3. 春季カタル<br>4. アトピー性角結膜炎<br>5. その他                      (                      )                                                                                                       |  | A プール指導<br>1. 管理不要                      2. 管理必要               |  | 年                      月                      日 |  |
|                                                                                                                             |         |                                                                                                                                                                                                                                           |  | B 屋外活動<br>1. 管理不要                      2. 管理必要                |  | 医師名                                             |  |
|                                                                                                                             |         |                                                                                                                                                                                                                                           |  | C その他の配慮・管理事項(自由記載)                                           |  | 医療機関名                                           |  |
| B 治療<br>1. 抗アレルギー点眼薬<br>2. ステロイド点眼薬<br>3. 免疫抑制点眼薬<br>4. その他                      (                      )                   |         |                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                               |  |                                                 |  |
| アレルギー性鼻炎                                                                                                                    | （あり・なし） | 病型・治療                                                                                                                                                                                                                                     |  | 学校生活上の留意点                                                     |  | 記載日                                             |  |
|                                                                                                                             |         | A 病型<br>1. 通年性アレルギー性鼻炎<br>2. 季節性アレルギー性鼻炎(花粉症)<br>主な症状の時期: 春、夏、秋、冬                                                                                                                                                                         |  | A 屋外活動<br>1. 管理不要                      2. 管理必要                |  | 年                      月                      日 |  |
|                                                                                                                             |         |                                                                                                                                                                                                                                           |  | B その他の配慮・管理事項(自由記載)                                           |  | 医師名                                             |  |
|                                                                                                                             |         |                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                               |  | 医療機関名                                           |  |
| B 治療<br>1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬(内服)<br>2. 鼻噴霧用ステロイド薬<br>3. 舌下免疫療法(ダニ・スギ)<br>4. その他                      (                      ) |         |                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                               |  |                                                 |  |

保護者氏名 \_\_\_\_\_