

表
学校生活管理指導表

(アレルギー疾患用)

(財)日本学校保健会 作成

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		保護者 電話: 連絡医療機関 医療機関名: 電話: 記載した医療機関と異なる場合もあります	
気管支ぜん息 (あり・なし) A. 重傷度分類(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(吸入型) 1. ステロイド吸入型 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 (「インターレ®」) 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 ()		学校生活上の留意点 A. 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. 強い運動は不可 B. 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 1. 配慮不要 2. 保護者と決定し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名() C. 宿泊を伴う校外活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 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 _____
アトピー性皮膚炎 (あり・なし) A. 重傷度のめやす(厚生労働科学研究班) 1. 軽症:面積にかかわらず、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. 重畳症:強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上にみられる。 *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 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		学校生活上の留意点 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 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 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 () D. その他配慮・管理事項(自由記載)			記載日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____
アレルギー性結膜炎 (あり・なし) 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 ()		学校生活上の留意点 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. 屋外管理 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 _____	

裏
学校生活管理指導表
(アレルギー疾患用)

(財)日本学校保健会
作成

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	保護者
食物アレルギー アナフィラキシー (あり・なし) (あり・なし)	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. 食物依存性誘発アナフィラキシー	A. 給食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	電話: _____
	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(_____)	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	連絡医療機関 医療機関名: _____
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. ピーナッツ (_____) 6. 種実類・木の実類 (_____)(_____) 7. 甲殻類(エビ・カニ) (_____) 8. 果実類 (_____)(_____) 9. 魚類 (_____)(_____) 10. 肉類 (_____)(_____) 11. その他1 (_____)(_____) 12. その他2 (_____)(_____)		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)	電話: 記載した医療機関と異なる場合もあります
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(「エピペン®」) 3. その他(_____)			記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 印 医療機関名 _____
アレルギー性結膜炎 (あり・なし)	病型 1. 通年性アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性結膜炎(花粉症) 主な症状の時期: _____ 春、 _____ 夏、 _____ 秋、 _____ 冬	学校生活上の留意点 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 _____
	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(_____)		

学校にお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。

- 1. 同意する
- 2. 同意しない

保護者署名: _____