

学校生活管理指導表 記入の仕方について

主治医の先生に学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）の記載をお願いしてください。

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。	
アナフィラキシー （ありなし） 食物アレルギー （ありなし）	病型・治療 Ⅲ 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. 食物依存性即時アレルギーアナフィラキシー Ⅳ 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 _____ 2. 食物依存性即時アレルギーアナフィラキシー 3. 薬剤アレルギーアナフィラキシー 4. 昆虫 _____ 5. 医薬品 _____ 6. その他 _____ Ⅴ 原因食物・除去情報 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に除去理由を記載 1. 鶏卵 _____ 2. 牛乳・乳製品 _____ 3. 小麦 _____ 4. ソバ _____ 5. ビーナッツ _____ 6. 甲殻類 _____ 7. 木の实類 _____ 8. 果物類 _____ 9. 魚類 _____ 10. 肉類 _____ 11. その他1 _____ 12. その他2 _____ Ⅵ 既往病・薬・アレルギー 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器（「エピペン®」） 3. その他 _____
	学校生活上の留意点 Ⅲ 給食 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅳ 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅴ 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅵ 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 ※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。 鶏卵：卵黄カシシウム 牛乳：乳糖、乳糖低減カシシウム 小麦：醤油、酢、味噌 大豆：大豆油、醤油、味噌 ごま：ごま油 魚類：かつおだし・いりこだし・魚骨 肉類：エキス
	Ⅶ その他の配慮・管理事項（自由記述）
	医師記入欄 記載日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 医師氏名 _____
気管支ぜん息 （ありなし）	病型・治療 Ⅲ 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良 Ⅳ-1 吸入薬管理（吸入） _____ 薬剤名 _____ 投与量/日 _____ 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 _____ Ⅳ-2 薬剤管理（内服） _____ 薬剤名 _____ 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 _____ 2. その他 _____ Ⅳ-3 薬剤管理（注射） _____ 薬剤名 _____ 1. 生物学的製剤 _____ Ⅴ 発作時の対応 _____ 薬剤名 _____ 投与量/日 _____ 1. ベータ刺激薬吸入 _____ 2. ベータ刺激薬内服 _____
	学校生活上の留意点 Ⅲ 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅳ 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅴ 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅵ その他の配慮・管理事項（自由記述）
	医師記入欄 記載日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 医師氏名 _____
	医師記入欄 記載日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 医師氏名 _____

緊急連絡先を
記入してください

←表面

■ 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		
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 ____年 ____月 ____日 医師名 ____ 医療機関名 _____
	Ⅷ 重症度の低やず（厚生労働科学研究班） 1. 軽症：面積に問わず、軽度の皮膚のみ見られる。 2. 中等症：強い炎症を伴う皮膚が体表面積の10%未満に見られる。 3. 重症：強い炎症を伴う皮膚が体表面積の10%以上、30%未満に見られる。 4. 最重症：強い炎症を伴う皮膚が体表面積の30%以上に見られる。 ※軽度～中等：経皮の紅斑、乾燥、痒感、悪臭、主訴の軽減 ※強い炎症を伴う状態：紅腫、丘疹、びらん、潰瘍、西薬化などを伴う感染		Ⅸ プール指導及び長時間の紫外線下での活動 1. 実施不要 2. 実施必要 Ⅹ 動物との接触 1. 実施不要 2. 実施必要 Ⅺ 給食後 1. 実施不要 2. 実施必要 Ⅻ その他の配慮・管理事項（自由記述）	
	Ⅲ-1 常用する外用薬 1. ステロイド剤類 2. タクロリムス製剤（「プロトピック®」） 3. 保湿剤 4. その他（ ）	Ⅲ-2 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他（ ）	Ⅲ-3 常用する注射薬 1. 生物学的製剤	
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 ____年 ____月 ____日 医師名 ____ 医療機関名 _____
	Ⅷ 病型 1. 過半数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. 慢性アレルギー性結膜炎 4. その他のアレルギー性結膜炎 5. その他（ ）		Ⅸ プール指導 1. 実施不要 2. 実施必要 Ⅹ 動物との接触 1. 実施不要 2. 実施必要 Ⅺ 給食後 1. 実施不要 2. 実施必要 Ⅻ その他の配慮・管理事項（自由記述）	
	Ⅲ 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（ ）			
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 ____年 ____月 ____日 医師名 ____ 医療機関名 _____
	Ⅷ 病型 1. 過半数アレルギー性鼻炎 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		Ⅸ 屋外活動 1. 実施不要 2. 実施必要 Ⅻ その他の配慮・管理事項（自由記述）	
	Ⅲ 治療 1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬（内服） 2. 鼻滴薬用ステロイド薬 3. 舌下免疫療法（ダニ・スギ） 4. その他（ ）			

これらの部分は、医師が記入する部分です

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 _____

←裏面

緊急時の対応などのため、この表に記載された情報を学校の教職員全体で共有する必要がありますので署名をお願いします。