

表

名前 _____ 男・女 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生(_____ 歳) _____ 学校 _____ 年 _____ 組 提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)

徳島県版

学校生活管理指導表(アレルギー疾患用) 気管支ぜん息 (あり・なし)	病型・治療		学校生活上の留意点		緊急時連絡先	
	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	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	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 かかりつけ医と相談し決定	D 宿泊を伴う校外活動 1 配慮不要 2 保護者と相談し決定 3 かかりつけ医と相談し決定		★保護者 電話: _____
	B-1 長期管理薬(吸入薬) 1 ステロイド吸入薬 2 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 (_____)	D 急性発作時の対応(自由記載)	B 動物との接触での活動 1 配慮不要 2 保護者と相談し決定 3 アレルギーが強いため不可 動物名(_____) 4 かかりつけ医と相談し決定	E その他の配慮・管理事項(自由記載)		★連絡医療機関 医療機関名 _____ 電話: _____
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 ホコリ等の環境での活動 1 配慮不要 2 保護者と相談し決定 3 アレルギーが強いため不可 4 かかりつけ医と相談し決定		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 印 医療機関名 _____		
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	
	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。 ※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		A プール指導 1 管理不要 2 保護者と相談し決定 3 かかりつけ医と相談し決定	D 発汗後 1 配慮不要 2 保護者と相談し決定 3 夏季シャワー浴 (学校施設で可能な場合)	医師名 _____ 印 医療機関名 _____	
	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 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 3 かかりつけ医と相談し決定	E その他の配慮・管理事項(自由記載)		
C 食物アレルギーの合併 1 あり 2 なし		C 動物との接触での活動 1 配慮不要 2 保護者と相談し決定 3 アレルギーが強いため不可 動物名(_____) 4 かかりつけ医と相談し決定				
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	
	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 4 かかりつけ医と相談し決定	E その他の配慮・管理事項(自由記載)	医師名 _____ 印 医療機関名 _____	
B 屋外活動 1 管理不要 2 保護者と相談し決定 3 かかりつけ医と相談し決定						

アナフィラキシー(あり・なし)
食物アレルギー(あり・なし)

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		★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																																																																																															
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(じんましん ぜんそく ショック) 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 4 その他()	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()	保護者と相談し決定するものに○ (○のないものは管理・配慮不要) A 給食 B 食物・食材を扱う授業・活動 C 運動(体育・部活動等) D 宿泊を伴う校外活動 保護者と相談する内容等 (具体的に)	緊急時連絡先																																																																																																
C 原因食物・診断根拠・出現症状・重症度・運動誘発の有無 ・該当する食品の番号に○をし、かつ診断根拠に該当する番号を全てを記載 ・出現したことのある症状は該当番号を全て記載 ・重症度と運動誘発は該当する箇所○をする		<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">原因食物</th> <th rowspan="2">診断根拠 ※1</th> <th rowspan="2">出現したことのある症状※2</th> <th colspan="3">重症度</th> <th rowspan="2">運動 誘発</th> </tr> <tr> <th>混入 不可</th> <th>加工品 不可</th> <th>大量 不可</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1 鶏卵</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2 牛乳・乳製品</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3 小麦</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4 ソバ</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5 ピーナッツ</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6 種実類・木の実類()</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7 甲殻類(イビ・カニ)()</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8 果物類()</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9 魚類()</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10 肉類()</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11 その他1()</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12 その他2()</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	原因食物	診断根拠 ※1	出現したことのある症状※2	重症度			運動 誘発	混入 不可	加工品 不可	大量 不可	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(イビ・カニ)()							8 果物類()							9 魚類()							10 肉類()							11 その他1()							12 その他2()							※1 診断根拠 ①明らかな症状の既往 ②食物負荷試験陽性 ③IgE抗体等検査結果陽性 ※2 出現したことのある症状 ①ショック ②咳・喘鳴・呼吸困難 ③腹痛・嘔吐 ④全身の皮膚症状 ⑤局所の皮膚・粘膜症状 ⑥下痢 ⑦アトピー性皮膚炎の悪化 ⑧未摂取のため不明 ⑨その他	E その他の配慮・管理事項 (自由記載)	■血液検査 ※実施している場合のみ記入 (平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日) 1. 総IgE: _____ U/L 2. 抗原特異的IgE(CAP-RAST) 卵 白: _____ UA/ml オボムコイド: _____ UA/ml 牛 乳: _____ UA/ml 小 麦: _____ UA/ml ω5グリアジン: _____ UA/ml (): _____ UA/ml (): _____ UA/ml (): _____ UA/ml (): _____ UA/ml (): _____ UA/ml
原因食物	診断根拠 ※1	出現したことのある症状※2				重症度				運動 誘発																																																																																									
			混入 不可	加工品 不可	大量 不可																																																																																														
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(イビ・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(「エピペン [®] 」) 3 その他()																																																																																																			
病型・治療		学校生活上の留意点		記載日 年 月 日 医師名 印 医療機関名																																																																																															
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)(とん服、長期使用) 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 3 かかりつけ医と相談し決定	B その他の配慮・管理事項 (自由記載)																																																																																																

●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、本票に記載された内容を学校医を含めた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: _____ 印