

※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。

学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

食物アレルギー（あり・なし）  
アナフィラキシー（あり・なし）

徳島県版

気管支ぜん息（あり・なし）

病型・治療		学校生活上の留意点																																																																																															
<b>A 食物アレルギー病型</b> (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>B アナフィラキシー病型</b> (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>C 原因食物・診断根拠・出現症状・重症度・運動誘発の有無</b> ・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○にする		<b>管理が必要なものに○</b> (○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 E 原因食物のより厳しい除去 ※本欄に○がついた場合、該当する食品を利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:卵殻カルシウム 牛乳:乳糖・乳清焼成カルシウム 小麦:醤油・酢・味噌 大豆:大豆油・醤油・味噌 ゴマ:ゴマ油 魚類:かつおだし・いりこだし・魚醤 肉類:エキス																																																																																															
<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( )							<b>※1 診断根拠</b> 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  <b>※2 出現したことのある症状</b> 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	
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( )																																																																																																	
<b>D 緊急時に備えた処方薬</b> 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(「エピベン <sup>®</sup> 」) 3 その他( )		<b>管理を必要とする内容等(具体的に)</b>  <b>F その他の配慮・管理事項(自由記載)</b>																																																																																															
<b>病型・治療</b> <b>A 症状のコントロール状態</b> 1 良好    2 比較的良好    3 不良 <b>B-1 長期管理薬(吸入薬)</b> 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( ) ( ) ( ) <b>B-2 長期管理薬(内服薬)</b> 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 その他( ) ( ) ( ) <b>B-3 長期管理薬(注射)</b> 1 生物学的薬剤 ( ) ( ) <b>C 発作時の対応</b> 1 ベータ刺激薬吸入 ( ) ( ) ( ) 2 ベータ刺激薬内服 ( ) ( ) ( ) <b>D 急性発作時の対応(自由記載)</b>		<b>学校生活上の留意点</b> <b>A 運動(体育・部活動等)</b> 1 管理不要 2 かかりつけ医と相談し決定 <b>B 動物との接触での活動</b> 1 管理不要 2 アレルギーが強いため不可 動物名( ) 3 かかりつけ医と相談し決定 <b>C ホコリ等の環境での活動</b> 1 配慮不要 2 アレルギーが強いため不可 3 かかりつけ医と相談し決定 <b>D 宿泊を伴う課外活動</b> 1 配慮不要 2 かかりつけ医と相談し決定 <b>E その他の配慮・管理事項</b>																																																																																															

★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 _____
■血液検査 ※実施している場合のみ記入 (令和 _____ 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
★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 _____

病型・治療		学校生活上の留意点		記載日
<b>アトピー性皮膚炎</b> (あり・なし)	<b>A 重症度のためやす(厚生労働科学研究班)</b> 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	<b>A プール指導</b> 1 管理不要 2 かかりつけ医と相談し決定	<b>D 発汗後</b> 1 配慮不要 2 かかりつけ医と相談し決定	_____ 年 _____ 月 _____ 日
	<b>B-1 常用する外用薬</b> 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>B-2 常用する内服薬</b> 1 抗ヒスタミン薬 2 その他( )	<b>B 長時間の紫外線下での活動</b> 1 管理不要 2 かかりつけ医と相談し決定	<b>E その他の配慮・管理事項</b> (自由記載)
<b>アレルギー性結膜炎</b> (あり・なし)	<b>A 病型</b> 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>B 治療</b> 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( )	<b>A プール指導</b> 1 管理不要 2 プールへの入水不可 3 かかりつけ医と相談し決定	<b>C その他の配慮・管理事項</b> (自由記載)
	<b>B 治療</b> 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 舌下免疫療法(ダニ・スギ) 4 その他( )	<b>A 屋外活動</b> 1 管理不要 2 かかりつけ医と相談し決定	<b>B その他の配慮・管理事項</b> (自由記載)	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 印 医療機関名 _____
<b>アレルギー性鼻炎</b> (あり・なし)	<b>A 病型</b> 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>B 治療</b> 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 舌下免疫療法(ダニ・スギ) 4 その他( )	<b>A 屋外活動</b> 1 管理不要 2 かかりつけ医と相談し決定	<b>B その他の配慮・管理事項</b> (自由記載)
	<b>A 病型</b> 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>B 治療</b> 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 舌下免疫療法(ダニ・スギ) 4 その他( )	<b>A 屋外活動</b> 1 管理不要 2 かかりつけ医と相談し決定	<b>B その他の配慮・管理事項</b> (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。

保護者署名: \_\_\_\_\_ 印