学校生活管理指導表（記入例）

名前・性別・生年月日・学校名・年齢は受診前に家庭で記入してください。

受診後、提出日を家庭で記入してください。

医師に連絡先を書いてもらってください。

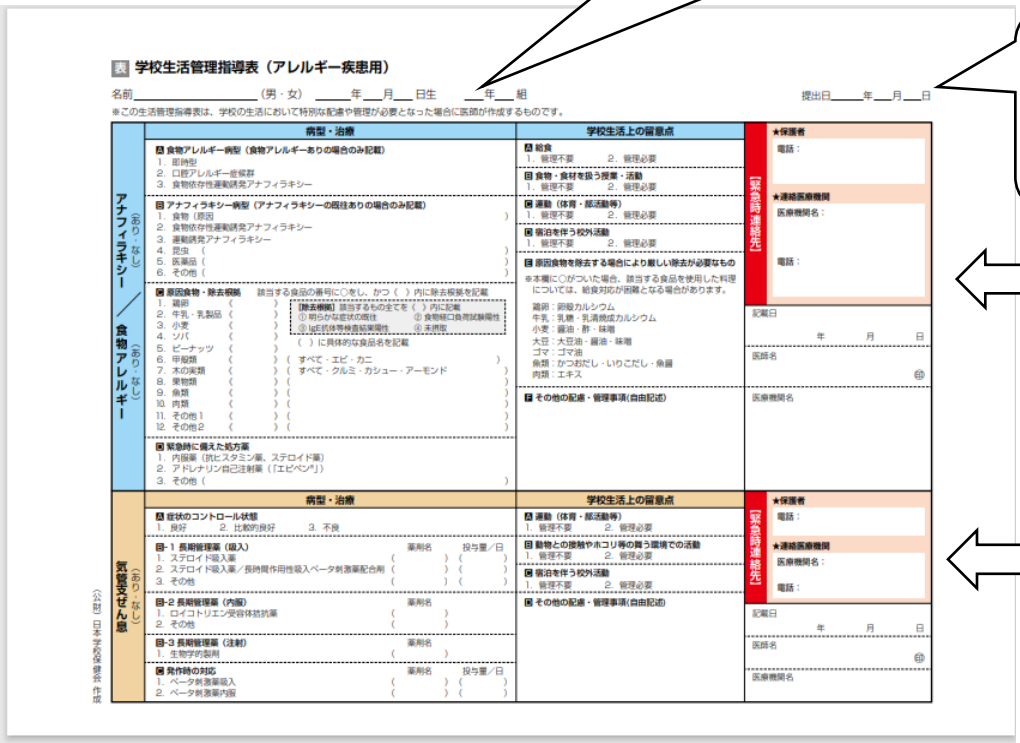


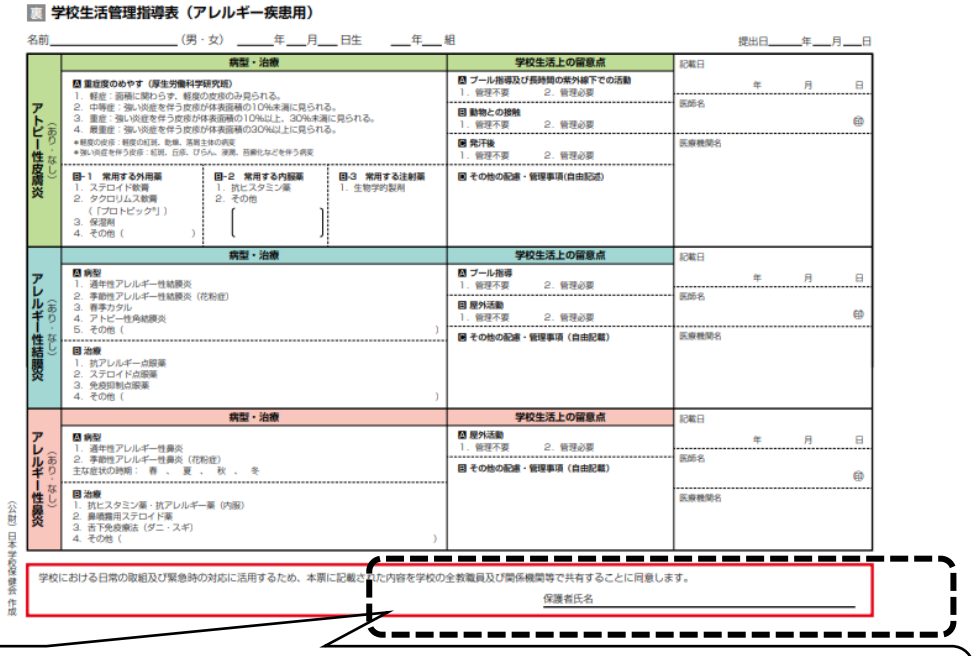
表 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

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。

	病型・治療	学校生活上の留意点	【緊急時連絡先】
アナフィラキシー（あり・なし）／食物アレルギー（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. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 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（　　） 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 1. 鶏卵（　　） 2. 牛乳・乳製品（　　） 3. 小麦（　　） 4. ソバ（　　） 5. ピーナッツ（　　） 6. 甲殻類（　　）（すべて・エビ・カニ） 7. 木の実類（　　）（すべて・クルミ・カシュー・アーモンド） 8. 果物類（　　）（　　） 9. 魚類（　　）（　　） 10. 肉類（　　）（　　） 11. その他1（　　）（　　） 12. その他2（　　）（　　） 【除去根拠】該当するもの全てを（ ）内に記載 ① 明らかな症状の既往　② 食物経口負荷試験陽性 ③ IgE抗体等検査結果陽性　④ 主治医 （ ）に具体的な食品名を記載 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（　　）	A 給食 1. 管理不要　2. 管理必要 B 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要　2. 管理必要 C 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要　2. 管理必要 D 宿泊を伴う校外活動 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 ※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 F その他の配慮・管理事項（自由記述）	★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　㊞ 医療機関名
気管支ぜん息（あり・なし）	A 症状のコントロール状態 1. 良好　2. 比較的良好　3. 不良 B-1 長期管理薬（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（　）（　） B-2 長期管理薬（内服）　薬剤名 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬（　） 2. その他（　） B-3 長期管理薬（注射）　薬剤名 1. 生物学的製剤（　） C 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（　）（　）	A 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要　2. 管理必要 B 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 C 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要　2. 管理必要 D その他の配慮・管理事項（自由記述）	★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　㊞ 医療機関名

（公財）日本学校保健会 作成



裏 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

	病型・治療	学校生活上の留意点	
アトピー性皮膚炎（あり・なし）	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、軽度の皮疹のみ見られる。 2. 中等症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満に見られる。 3. 重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満に見られる。 4. 最重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上に見られる。 ＊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（　） B-3 常用する注射薬 1. 生物学的製剤	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. 管理必要 B 動物との接触 1. 管理不要　2. 管理必要 C 発汗後 1. 管理不要　2. 管理必要 D その他の配慮・管理事項（自由記述）	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（　）	A プール指導 1. 管理不要　2. 管理必要 B 屋外活動 1. 管理不要　2. 管理必要 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
アレルギー性鼻炎（あり・なし）	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） 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（　）	A 屋外活動 1. 管理不要　2. 管理必要 B 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

（公財）日本学校保健会 作成

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

緊急時などの対応のため、記載された情報を教職員および関係機関で共有する必要があります。必ず保護者の方の署名をお願いします。