

〔表〕 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

アナフィラキシー（あり・なし）  
食物アレルギー（あり・なし）

日野町教育委員会

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		緊急連絡先
<b>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）</b> 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>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）</b> 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</b> 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（「エピペン®」） 3. その他（ _____ ）		<b>A. 給食</b> 1. 管理不要 2. 管理要（保護者と相談し決定） ①給食センターにおける調理作業工程でのコンタミネーション（可・不可） ②給食センター納入前の食品製造段階でのコンタミネーション（可・不可） <b>B. 食物・食材を扱う授業・活動</b> 1. 配慮不要 2. 配慮要（保護者と相談し決定） <b>C. 運動（体育・部活動等）</b> 1. 配慮不要 2. 配慮要（保護者と相談し決定） <b>D. 宿泊を伴う校外活動</b> 1. 配慮不要 2. 配慮要（保護者と相談し決定） <b>E. 微量摂取、付着、吸引等の可否</b> ・微量摂取（可・不可） ・付着（可・不可） ・吸引（可・不可） ・その他 _____ <b>F. その他の配慮・管理事項</b>		
		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>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） 2. 鼻噴霧用ステロイド薬 3. その他（ _____ ）		<b>A. 屋外活動</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 <b>B. その他の配慮・管理事項</b>		_____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 印 医療機関名 _____

[診断根拠] 該当するものを《 \_\_\_\_\_ 》内に記載  
 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

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

「裏」 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

病型・治療	学校生活上の留意点		【緊急時連絡先】 ★保護者 電話 ★連絡医療機関 医療機関名 電話
	<b>A. 重症度分類(発作型)</b> 1. 間欠型 2. 軽症持続型 3. 中等症持続型 4. 重症持続型 <b>B-1. 長期管理薬(吸入薬)</b> 1. ステロイド吸入薬 2. 長時間作用性吸入ベータ刺激吸入薬 3. 吸入抗アレルギー薬 (「インターール®」) 4. その他( ) <b>B-2. 長期管理薬(内服薬・貼付薬)</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. ベータ刺激内服薬・貼付薬 4. その他( ) <b>C. 緊急発作治療薬</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</b>	<b>A. 運動(体育・部活動)</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. 強い運動は不可 <b>B. 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動</b> 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( ) <b>C. 宿泊を伴う校外活動</b> 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 <b>D. その他の配慮・管理事項</b>	
病型・治療	学校生活上の留意点		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
<b>A. 重症度のめやす</b> 1. 軽症:面積に関わらず、軽度の皮疹のみみられる。 2. 中等度: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、湿潤、苔癬化などを伴う病変 <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>C. 食物アレルギーの合併</b> 1. あり 2. なし	<b>A. プール指導及び長時間の紫外線下での活動</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 <b>B. 動物との接触</b> 1. 管理不要 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 [ ] <b>C. 発汗後</b> 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 <b>D. その他の配慮・管理事項</b>		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 _____ 年 _____ 月 _____ 日
<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. 保護者と相談し決定 3. プールへの入水不可 <b>B. 屋外活動</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 <b>C. その他の配慮・管理事項</b>		医師名 _____ 印 医療機関名 _____

日野町教育委員会