

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

「表」 学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)

札幌市教育委員会

病型・治療	学校生活上の留意点		緊急時連絡先	保護者	
				電話	氏名
<b>気管支ぜん息 (あり・なし)</b> 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 B. 現在使用中の薬剤 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. 気管支拡張薬 (内服・貼付) 4. ロイコトリエン受容体拮抗内服薬 5. その他 [ ]	C. 急性発作時の対応 [ ]	A. 運動 (体育・部活動) 1. 管理不要 2. 要管理 ( ) B. 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 1. 配慮不要 2. 要配慮 (動物の場合は動物名を記入) ( ) C. 宿泊を伴う校外活動 1. 配慮不要 2. 要配慮 ( ) D. その他の配慮・管理事項 [ ]	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 印 医療機関名 _____	電話 _____ 氏名 _____ 連絡医療機関 _____ 医療機関名 _____ 電話 _____	
病型・治療	学校生活上の留意点		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
<b>アトピー性皮膚炎 (あり・なし)</b> A. 重症度のめやす 1. 軽症: 面積に関わらず、軽度の皮疹のみ。 2. 中等度: 強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満。 3. 重症: 強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満。 4. 最重症: 強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上。 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. 現在使用中の薬 1. ステロイド外用薬 2. 非ステロイド抗炎症外用薬 3. 保湿外用薬 4. タクロリムス外用薬 5. 抗ヒスタミン内服薬 6. 抗アレルギー内服薬 (抗ヒスタミン作用 あり・なし) 7. その他 ( ) C. 食物摂取による悪化 1. あり [ ] 2. なし 3. 不明 [ ]	A. 水泳学習 (参加可・否) 1. 管理不要 2. 要管理 [ ] B. 長時間の紫外線下での活動 1. 管理不要 2. 要管理 [ ] C. 動物との接触 1. 配慮不要 2. 要配慮 (動物名を記入) [ ]	D. 発汗後のスキンケア 1. 配慮不要 2. 要配慮 [ ] E. その他の配慮・管理事項 1. 校内での外用薬使用が望ましい 2. 私服通学の許可 3. その他 [ ]	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>アレルギー性結膜炎 (あり・なし)</b> 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. 水泳学習 (参加可・否) 1. 管理不要 2. 要管理 ( ) B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 要管理 ( )	C. その他の配慮・管理事項 [ ]	医師名 _____ 印 医療機関名 _____	

学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)は、今までの検査データや家族の申告等に基づくものであり、今回記載した物質以外にもアレルギー症状を起こす可能性がありますので、留意が必要です。

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)

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	学校生活上の留意点	★保護者																																																			
	A. 食物アレルギー病型(食物アレルギーがある場合のみ記載) 1. 即時型    2. 遅延型    3. 口腔アレルギー型 4. その他( _____ )	A. 学校給食 1. 管理不要 2. 要管理 ※意見書(市教委様式) あり・なし	〔緊急時連絡先〕 電話 _____																																																			
	B. アナフィラキシー病型(アナフィラキシーの既往がある場合のみ記載) 1. 食物 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. 食物・食材を扱う授業・活動 1. 配慮不要 2. 要配慮																																																				
	C. 原因食物・診断根拠等 ※該当する食品の番号に○をし、かつ診断根拠、除去の程度、症状を該当するもの全てを右表の番号で記載(複数記入可)	【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 ④その他 【除去の程度】 ①完全除去 ②少量であれば可 ③加熱すれば可 ④その他 【症状】 ①発赤・蕁麻疹 ②湿疹 ③鼻汁・咳・喘鳴 ④腹痛・嘔吐・下痢 ⑤口腔過敏症状 ⑥アナフィラキシー ⑦ショック症状 ⑧その他	C. 運動 1. 管理不要 2. 要管理	★連絡医療機関 医療機関名 _____ 電話 _____																																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">原因食品</th> <th style="width: 15%;">診断根拠</th> <th style="width: 15%;">除去程度</th> <th style="width: 15%;">症状</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. 鶏卵</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2. 牛乳・乳製品</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3. 小麦</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4. そば</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5. ピーナッツ</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></tr> <tr><td>7. 甲殻類(エビ・カニ) ( _____ )</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8. 果実類 ( _____ )</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9. 魚類 ( _____ )</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10. 肉類 ( _____ )</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11. その他 1 ( _____ )</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12. その他 2 ( _____ )</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	原因食品	診断根拠	除去程度	症状	1. 鶏卵				2. 牛乳・乳製品				3. 小麦				4. そば				5. ピーナッツ				6. 種実類、木の実類( _____ )				7. 甲殻類(エビ・カニ) ( _____ )				8. 果実類 ( _____ )				9. 魚類 ( _____ )				10. 肉類 ( _____ )				11. その他 1 ( _____ )				12. その他 2 ( _____ )				C. 宿泊を伴う校外活動 1. 配慮不要 2. 要配慮	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 印 _____ 医療機関名 _____
原因食品	診断根拠	除去程度	症状																																																			
1. 鶏卵																																																						
2. 牛乳・乳製品																																																						
3. 小麦																																																						
4. そば																																																						
5. ピーナッツ																																																						
6. 種実類、木の実類( _____ )																																																						
7. 甲殻類(エビ・カニ) ( _____ )																																																						
8. 果実類 ( _____ )																																																						
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液(「エピペン」) 3. その他( _____ )	E. その他の配慮・管理事項																																																					
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	A. 校外活動 1. 管理不要 2. 要管理	医師名 _____ 印 _____																																																				
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. その他( _____ )	B. その他の配慮・管理事項	医療機関名 _____																																																				

●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、本表に記載された内容を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( \_\_\_\_\_ )

札幌市教育委員会