

【記入例】

福津市教育委員会

表 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

※年組は空けておく。

名前 **福岡 太郎** (男) R2 年 1 月 1 日 生 年 組

提出日 R8 年 1 月 8 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	＊保護者 電話： ※優先 1.2 電話番号を記入。 ①090-XXXX-XXXX(父) ②080-XXXX-XXXX(母) ＊連絡医療機関 医師機関名： ○○医院 電話： 0940-XX-XXXX
アナフィラキシー (あり・なし) 食物アレルギー (あり・なし)	Ⅲ 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	Ⅲ 給食 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅳ 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要	
	Ⅳ 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	Ⅳ 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅳ 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅴ 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。 備考：卵黄カルシウム 牛乳・乳糖・乳糖分解カルシウム 小麦・醤油・豚・味噌 大豆・大豆油・醤油・味噌 コメ・ゴマ油 魚卵・かつおだし・いのこだし・魚骨 アーモンド	記載日 年 月 日 医師名 医師機関名
Ⅴ 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		Ⅳ 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅳ 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 Ⅳ 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅴ その他の配慮・管理事項（自由記述）	
Ⅵ 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良		Ⅳ 動物との接触 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅳ 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅴ その他の配慮・管理事項（自由記述）	記載日 年 月 日 医師名 医師機関名
Ⅶ-1 長期管理薬（吸入） 1. ステロイド吸入薬 2. ステロイド吸入薬/長期作用吸入薬/ベータ2刺激薬配合剤 3. その他		Ⅳ 動物との接触 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅳ 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅴ その他の配慮・管理事項（自由記述）	記載日 年 月 日 医師名 医師機関名
Ⅶ-2 長期管理薬（内服） 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 2. その他		Ⅳ 動物との接触 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅳ 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅴ その他の配慮・管理事項（自由記述）	記載日 年 月 日 医師名 医師機関名
Ⅶ-3 長期管理薬（注射） 1. 生物学的製剤		Ⅳ 動物との接触 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅳ 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅴ その他の配慮・管理事項（自由記述）	記載日 年 月 日 医師名 医師機関名
Ⅷ 発作時の対応 1. ベータ2刺激薬吸入 2. ベータ2刺激薬内服		Ⅳ 動物との接触 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅳ 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅴ その他の配慮・管理事項（自由記述）	記載日 年 月 日 医師名 医師機関名

医師記入

(公) 日本学校医会 作成

表 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

※年組は空けておく。

名前 **福岡 太郎** (男) R2 年 1 月 1 日 生 年 組

提出日 R8 年 1 月 8 日

病型・治療		学校生活上の留意点	＊保護者 電話： ＊連絡医療機関 医師機関名： 電話：
Ⅲ 重症度のめやす（厚生労働科学研究班） 1. 軽症：面癢に終わらず、軽度の皮膚のみ見られる。 2. 中等症：強い炎症を伴う皮膚が体表面積の10%未満に見られる。 3. 重症：強い炎症を伴う皮膚が体表面積の10%以上、30%未満に見られる。 4. 最重症：強い炎症を伴う皮膚が体表面積の30%以上に見られる。 ＊軽度の皮疹：軽度の紅腫、乾燥、掻痒主体の皮疹 ＊強い炎症を伴う皮疹：紅腫、丘疹、びらん、潰瘍、苔癬化などを伴う皮疹		Ⅲ フ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 Ⅳ 動物との接触 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅳ 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅴ その他の配慮・管理事項（自由記述）	
Ⅶ-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		Ⅳ 動物との接触 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅳ 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅴ その他の配慮・管理事項（自由記述）	記載日 年 月 日 医師名 医師機関名
Ⅶ-2 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他		Ⅳ 動物との接触 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅳ 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅴ その他の配慮・管理事項（自由記述）	記載日 年 月 日 医師名 医師機関名
Ⅶ-3 常用する注射薬 1. 生物学的製剤		Ⅳ 動物との接触 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅳ 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅴ その他の配慮・管理事項（自由記述）	記載日 年 月 日 医師名 医師機関名
Ⅳ 病型 1. 過半数アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎（花粉症） 3. 常年性アレルギー性鼻炎 4. アトピー性角膜炎 5. その他		Ⅳ 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅴ その他の配慮・管理事項（自由記述）	記載日 年 月 日 医師名 医師機関名
Ⅳ 治療 1. 抗アレルギー薬 2. ステロイド点眼薬 3. 免疫抑制点眼薬 4. その他		Ⅳ 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅴ その他の配慮・管理事項（自由記述）	記載日 年 月 日 医師名 医師機関名
Ⅳ 病型 1. 過半数アレルギー性鼻炎 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		Ⅳ 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅴ その他の配慮・管理事項（自由記述）	記載日 年 月 日 医師名 医師機関名
Ⅳ 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		Ⅳ 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅴ その他の配慮・管理事項（自由記述）	記載日 年 月 日 医師名 医師機関名

医師記入

(公) 日本学校医会 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

福岡 花子