

名前

男・女 平成 年 月 日生 (歳)

学校 年 組

提出日 平成 年 月 日

学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)

(財) 日本学校保健会 作成

<p>病型・治療</p> <p>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)</p> <p>1. 即時型</p> <p>2. 口腔アレルギー症候群</p> <p>3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー</p> <p>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)</p> <p>1. 食物 (原因)</p> <p>2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー</p> <p>3. 運動誘発アナフィラキシー</p> <p>4. 昆虫</p> <p>5. 医薬品</p> <p>6. その他 ()</p> <p>C. 原因食物・診断根拠</p> <p>該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に診断根拠を記載</p> <p>1. 鶏卵 >>> ()</p> <p>2. 牛乳・乳製品 >>> ()</p> <p>3. 小麦 >>> ()</p> <p>4. ソバ >>> ()</p> <p>5. ビーナッツ >>> ()</p> <p>6. 種実類・木の実類 >>> ()</p> <p>7. 甲殻類 (エビ・カニ) >>> ()</p> <p>8. 果物類 >>> ()</p> <p>9. 魚類 >>> ()</p> <p>10. 肉類 >>> ()</p> <p>11. その他1 >>> ()</p> <p>12. その他2 >>> ()</p> <p>D. 緊急時に備えた処方薬</p> <p>1. 内服薬 (抗ヒスタミン薬、ステロイド薬)</p> <p>2. アドレナリン自己注射薬 (「エピペン®」)</p> <p>3. その他 ()</p>		<p>病型・治療</p> <p>A. 病型</p> <p>1. 通年性アレルギー性鼻炎</p> <p>2. 季節性アレルギー性鼻炎 (花粉症)</p> <p>主な症状の時期; 春、夏、秋、冬</p> <p>B. 治療</p> <p>1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬 (内服)</p> <p>2. 鼻噴霧用ステロイド薬</p> <p>3. その他 ()</p>	
<p>学校生活上の留意点</p> <p>A. 給食</p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 保護者と相談し決定</p> <p>B. 食物・食材を扱う授業・活動</p> <p>1. 配慮不要</p> <p>2. 保護者と相談し決定</p> <p>C. 運動 (体育・部活動等)</p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 保護者と相談し決定</p> <p>D. 宿泊を伴う校外活動</p> <p>1. 配慮不要</p> <p>2. 食事やイベントの際に配慮が必要</p> <p>E. その他の配慮・管理事項 (自由記載)</p>		<p>学校生活上の留意点</p> <p>A. 屋外活動</p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 保護者と相談し決定</p> <p>B. その他の配慮・管理事項 (自由記載)</p>	
<p>緊急時連絡先</p> <p>★保護者</p> <p>電話: _____</p> <p>★連絡医療機関</p> <p>医療機関名: _____</p> <p>電話: _____</p>		<p>記載日</p> <p>年 月 日</p> <p>医師名</p> <p>医療機関名</p>	
<p>記載日</p> <p>年 月 日</p> <p>医師名</p> <p>医療機関名</p>		<p>記載日</p> <p>年 月 日</p> <p>医師名</p> <p>医療機関名</p>	

●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: _____