

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）

24

昭島市教育委員会

病型・治療		学校生活上の留意点		【緊急時連絡先】	★保護者
<b>気管支ぜんそく（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-1. 長期管理薬（吸入薬） 1. ステロイド吸入薬 2. 長時間作用性吸入ベータ刺激薬 3. 吸入抗アレルギー薬（「インターール®」） 4. その他（ _____ ） B-2. 長期管理薬（内服薬・貼付薬） 1. テオフィリン除放製剤 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（ _____ ）	C. 急性発作治療薬 1. ベータ刺激薬吸入 2. ベータ刺激薬内服 D. 急性発作時の対応（自由記載）		A. 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. 強い運動は不可 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. 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（ _____ ） C. 宿泊を伴う校外活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 D. その他の配慮・管理事項（自由記載）		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 _____				
病型・治療		学校生活上の留意点		【緊急時連絡先】	★保護者
<b>アトピー性皮膚炎（あり・なし）</b> 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、軽度の皮疹のみみられる。 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。 <small>*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</small> 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（ _____ ） C. 食物アレルギーの合併 1. あり 2. なし	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. 保護者と相談し決定 B. 動物との接触 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（ _____ ） C. 発汗後 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. （学校施設で可能な場合） 夏季シャワー浴 D. その他の配慮・管理事項（自由記載）		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 _____				
病型・治療		学校生活上の留意点		【緊急時連絡先】	★保護者
<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. プール指導 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. 屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 C. その他の配慮・管理事項（自由記載）		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 _____				

※ 裏面の「学校での情報共有同意欄」は、必ずご署名くださいますようお願いいたします。

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

病型・治療		学校生活上の留意点		【緊急時連絡先】
<b>アナフィラキシー（あり・なし）</b> <b>食物アレルギー（あり・なし）</b>	<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・木の实類 《 》 ( _____ ) 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. 保護者と相談し決定 <b>B. 食物・食材を扱う授業・活動</b> 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 <b>C. 運動(体育・部活動等)</b> 1. 管理不要 2. 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. 食事やイベントの際に配慮が必要 <b>E. その他の配慮・管理事項(自由記載)</b>	★保護者 電話: _____ ★連絡医療機関 医療機関名: _____ 電話: _____	
	<b>アレルギー性鼻炎（あり・なし）</b> <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(自由記載)</b>	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____	
<b>学校での情報共有同意欄（※必ずご署名ください）</b>		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。 保護者署名 _____		