

表 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

名前 _____ (男・女) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 年 _____ 月 _____ 日 提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 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	
アナフィラキシー（あり・なし） 食物アレルギー		A 給食 1. 管理不要 2. 管理必要 B 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要 C 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要 D 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 E 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。 鶏卵：卵殻カルシウム 牛乳：乳糖・乳清精成カルシウム 小麦：醤油・酢・味噌 大豆：大豆油・醤油・味噌 ゴマ：ゴマ油 魚類：かつおだし・いりこだし・魚醤 肉類：エキス F その他の配慮・管理事項（自由記述）	★保護者 電話： ★連絡医療機関 医療機関名： 電話：
（あり・なし） 気管支ぜん息		A 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良 B-1 長期管理薬（吸入） 1. ステロイド吸入薬 薬剤名 投与量/日 () () 2. ステロイド吸入薬/長時間作用性吸入ベータ刺激薬配合剤 () () 3. その他 () () B-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 () () B-3 長期管理薬（注射） 1. 生物学的製剤 () () C 発作時の対応 1. ベータ刺激薬吸入 薬剤名 投与量/日 () () 2. ベータ刺激薬内服 () ()	★保護者 電話： ★連絡医療機関 医療機関名： 電話：

無

名前 (男・女) 年 月 日生 年 月 日

年 組

病型・治療		学校生活上の留意点		記載日
A 重症度のめやす（厚生労働科学研究班） 1. 軽症：面癢に関わらず、軽度の皮疹のみ見られる。 2. 中等症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満に見られる。 3. 重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満に見られる。 4. 最重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上に見られる。 ＊軽度の皮疹：軽度の紅斑、乾燥、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変 ＊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	A 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		医師名 医療機関名	
	B 動物との接触 1. 管理不要 2. 管理必要			
	C 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要			
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 []	B-3 常用する注射薬 1. 生物学的製剤	記載日	
病型・治療		学校生活上の留意点		記載日
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（ ）	A フール指導 1. 管理不要 2. 管理必要		医師名 医療機関名	
	B 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要			
	C その他の配慮・管理事項（自由記載）			
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（ ）				記載日
病型・治療		学校生活上の留意点		記載日
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 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要		医師名 医療機関名	
	B その他の配慮・管理事項（自由記載）			
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. 舌下免疫療法（ダニ・スギ） 4. その他（ ）				記載日
病型・治療		学校生活上の留意点		記載日

（あり・なし）

アトピー性皮膚炎

（あり・なし）

アレルギー性結膜炎

（あり・なし）

アレルギー性鼻炎

保 護 者 氏 名