

表

学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)【みよし版】

※赤枠内は保護者が記入し、学校に提出してください。

【別添】

名前		□男 □女	H・R	年	月	日生	年	組	提出日	年	月	日
アナフィラキシー (☐ あり・ ☐ なし)	病型・治療			学校生活上の留意点								
	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)			A. 給食								
	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. 食物・食材を扱う授業・活動								
	C. 原因食物・除去根拠			C. 運動(体育・部活動等)								
食物アレルギー (☐ あり・ ☐ なし)	D. 緊急時に備えた処方薬			D. 宿泊を伴う校外活動								
	E. 緊急時に備えた処方薬			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								
	F. 緊急時に備えた処方薬			F. その他の配慮・管理事項(自由記載)								
	G. 緊急時に備えた処方薬			G. その他の配慮・管理事項(自由記載)								
気管支ぜん息 (☐ あり・ ☐ なし)	病型・治療			学校生活上の留意点								
	A. 症状のコントロール状態			A. 運動(体育・部活動等)								
	B-1. 長期管理薬(吸入)			B. 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動								
	B-2. 長期管理薬(内服)			C. 宿泊を伴う校外活動								
B-3. 長期管理薬(注射)			D. その他の配慮・管理事項(自由記載)									
C. 発作時の対応												

名前 _____ 男 女 H・R _____ 年 月 日生 _____ 年 組 提出日 _____ 年 月 日

アトピー性皮膚炎 (☐ あり・ ☐ なし)	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:面積に関わらず、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、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 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		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. 管理必要 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 D. その他の配慮・管理事項(自由記載)		年 月 日
					医師名
					医療機関名
アレルギー性結膜炎 (☐ あり・ ☐ なし)	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 () 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. 管理必要 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)		年 月 日
					医師名
					医療機関名
アレルギー性鼻炎 (☐ あり・ ☐ なし)	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 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 ☐ ダー ☐ スギ ☐ 4. その他 ()		A. 屋外活動 ☐ 1. 管理不要 ☐ 2. 管理必要 B. その他の配慮・管理事項(自由記載)		年 月 日
					医師名
					医療機関名

●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: _____