

【三重県版】

## 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

ふりがな	
名前	

学校名			
学年	年	年	年
クラス	組 番	組 番	組 番

### 保護者の方へ

アレルギー疾患のあるお子さんの学校生活をより安全で安心なものとするために、学校生活において特に配慮や管理が必要なお子さんにつきましては、この管理指導表を学校に提出してください。

また、管理指導表は継続して使用するため、紛失しないよう大切に扱ってください。

### 主治医様

アレルギー疾患のある児童生徒が、安全な学校生活を送るために、年1回（内容の変更を必要とする時は随時）この管理指導表にご記入くださいますようお願いいたします。

また、必要に応じ、保護者を通じて学校より詳細な情報や指導を求められました際には、ご協力をお願いします。

三重県教育委員会

名前

男・女 平成 年 月 日生

※保護者の方がご記入ください。

＜緊急時連絡先＞ 優先順にご記入ください。変更がありましたら、すみやかに訂正をお願いします。

① 名 前	② 名 前	③ 名 前
-----	-----	-----
電話番号	電話番号	電話番号
-----	-----	-----
携帯番号	携帯番号	携帯番号
-----	-----	-----

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関係職員及び関係機関で共有することに同意します。

保護者名

印

※学校・・・記入が必要な疾病について、年度を記入するとともに、□を赤で塗りつぶしてください。

※主治医・・・①3年間継続して使用します。□にチェックがある当該年度に記入してください。

②①で記載した以外の疾病で、学校生活において配慮や管理が必要な場合は、当該欄に記入してください。

③年度途中の記載事項に変更がある場合は、二重線で消して訂正してください。

□	年度	アナフィラキシー 食物アレルギー (あり・なし)	病型・治療	学校生活上の留意点	【緊急時連絡先】	主治医と異なる場合のみご記入ください
			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) 該当する数字に○をしてください 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.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) 該当する数字に○をしてください 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( ) C.原因食物・診断根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に診断根拠を記載してください [診断根拠]該当するものを《 》内に記載 ①明らかな病状の既往 ②食物負荷試験陽性 ③IgE抗体等検査結果陽性 1.鶏卵 《 》 7.甲殻類(エビ・カニ)《 》 2.牛乳・乳製品《 》 8.果物類 《 》 3.小麦 《 》 9.魚類 《 》 4.ソバ 《 》 10.肉類 《 》 5.ピーナッツ 《 》 11.その他 1《 》 6.種実類・木の実類《 》 12.その他 2《 》 D.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(「エビペン®」) 3.その他( )	A.給食 1.管理不要 2.一部管理必要(内容はEに記入) B.食物・食材を扱う授業・活動 1.配慮不要 2.一部配慮必要(内容はEに記入) C.運動 1.配慮不要 2.一部配慮必要(内容はEに記入) D.宿泊を伴う校外活動 1.配慮不要 2.食事やイベントの際に配慮が必要(内容はEに記入) E.その他の配慮・管理事項(自由記載)		医療機関名  医師名  電話  記載日 年 月 日 医療機関名  医師名  電話
						印

□	年度	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	【緊急時連絡先】	主治医と異なる場合のみご記入ください
			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) 該当する数字に○をしてください 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.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) 該当する数字に○をしてください 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( ) C.原因食物・診断根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に診断根拠を記載してください 〔診断根拠〕該当するものを《 》内に記載 ①明らかな病状の既往 ②食物負荷試験陽性 ③IgE抗体等検査結果陽性 1.鶏卵 《 》 7.甲殻類(エビ・カニ)《 》 2.牛乳・乳製品《 》 8.果物類 《 》 3.小麦 《 》 9.魚類 《 》 4.ソバ 《 》 10.肉類 《 》 5.ピーナッツ 《 》 11.その他1《 》 6.種実類・木の実類《 》 12.その他2《 》 D.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( )	A.給食 1.管理不要 2.一部管理必要(内容はEに記入) B.食物・食材を扱う授業・活動 1.配慮不要 2.一部配慮必要(内容はEに記入) C.運動 1.配慮不要 2.一部配慮必要(内容はEに記入) D.宿泊を伴う校外活動 1.配慮不要 2.食事やイベントの際に配慮が必要(内容はEに記入) E.その他の配慮・管理事項(自由記載)		医療機関名  医師名  電話  記載日 年 月 日 医療機関名  医師名  電話

□	年度	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	【緊急時連絡先】	主治医と異なる場合のみご記入ください
			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) 該当する数字に○をしてください 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.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) 該当する数字に○をしてください 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( ) C.原因食物・診断根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に診断根拠を記載してください 〔診断根拠〕該当するものを《 》内に記載 ①明らかな病状の既往 ②食物負荷試験陽性 ③IgE抗体等検査結果陽性 1.鶏卵 《 》 7.甲殻類(エビ・カニ)《 》 2.牛乳・乳製品《 》 8.果物類 《 》 3.小麦 《 》 9.魚類 《 》 4.ソバ 《 》 10.肉類 《 》 5.ピーナッツ 《 》 11.その他1《 》 6.種実類・木の実類《 》 12.その他2《 》 D.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( )	A.給食 1.管理不要 2.一部管理必要(内容はEに記入) B.食物・食材を扱う授業・活動 1.配慮不要 2.一部配慮必要(内容はEに記入) C.運動 1.配慮不要 2.一部配慮必要(内容はEに記入) D.宿泊を伴う校外活動 1.配慮不要 2.食事やイベントの際に配慮が必要(内容はEに記入) E.その他の配慮・管理事項(自由記載)		医療機関名  医師名  電話  記載日 年 月 日 医療機関名  医師名  電話

気管支ぜん息	□ 年度		□ 年度		□ 年度	
	病型・治療	学校生活上の留意点	病型・治療	学校生活上の留意点	病型・治療	学校生活上の留意点
	A.重症度分類(真の重症度)数字に○をしてください 1.間欠型 2.軽症持続型 3.中等症持続型 4.重症持続型	A.運動(体育・部活動等) 1.管理不要 2.発作の時以外は、管理不要(発作時の対応はDに記入) 3.強い運動は不可	A.重症度分類 1・2・3・4	A.運動(体育・部活動等) 1・2・3	A.重症度分類 1・2・3・4	A.運動(体育・部活動等) 1・2・3
	B-1.処方している吸入薬 吸入薬名: 使用頻度:	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.状況により一部制限(制限内容はDに記入) 3.動物へのアレルギーが強いため不可 動物名( )	B-1.吸入薬	B.環境での活動 1・2・3 動物名( )	B-1.吸入薬	B.環境での活動 1・2・3 動物名( )
	B-2.処方している内服薬・貼付薬 内服薬名: 使用頻度: 貼付薬名: 使用頻度:	C.宿泊を伴う校外活動 1.配慮不要 2.配慮必要(配慮事項はDに記入) D.その他の配慮・管理事項(自由記載)	B-2.内服薬・貼付薬	C.宿泊を伴う校外活動 1・2	B-2.内服薬・貼付薬	C.宿泊を伴う校外活動 1・2
	C.急性発作治療薬名 D.急性発作時の対応(自由記載)	D.急性発作時の対応	C.急性発作治療薬名 D.急性発作時の対応	D.その他の配慮・管理事項	C.急性発作治療薬名 D.急性発作時の対応	D.その他の配慮・管理事項
【緊急時連絡先】	主治医と異なる場合のみご記入ください 医療機関名・医師名 電話	【緊急時連絡先】	主治医と異なる場合のみご記入ください 医療機関名・医師名 電話	【緊急時連絡先】	主治医と異なる場合のみご記入ください 医療機関名・医師名 電話	
記載日 年 月 日		記載日 年 月 日		記載日 年 月 日		
医療機関名 医師名 印 電話		医療機関名 医師名 印 電話		医療機関名 医師名 印 電話		

アレルギー性結膜炎	□ 年度		□ 年度		□ 年度	
	病型・治療	学校生活上の留意点	病型・治療	学校生活上の留意点	病型・治療	学校生活上の留意点
	A.病型 該当する数字に○をしてください 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.プール指導 1.管理不要 2.一部管理必要(内容はCに記入) 3.プールへの入水不可	A.病型 1・2・3・4 5( )	A.プール指導 1・2・3	A.病型 1・2・3・4 5( )	A.プール指導 1・2・3
	B.治療(処方している点眼薬) 点眼薬名: 使用頻度:	B.屋外活動 1.管理不要 2.一部管理必要(内容はCに記入) C.その他の配慮・管理事項(自由記載)	B.治療(点眼薬)	B.屋外活動 1・2	B.治療(点眼薬)	B.屋外活動 1・2
	C.その他の配慮・管理事項(自由記載)	C.その他の配慮・管理事項(自由記載)	C.その他の配慮・管理事項	C.その他の配慮・管理事項	C.その他の配慮・管理事項	C.その他の配慮・管理事項
	記載日 年 月 日		記載日 年 月 日		記載日 年 月 日	
医療機関名 医師名 印 電話		医療機関名 医師名 印 電話		医療機関名 医師名 印 電話		

アトピー性皮膚炎	□ 年度		□ 年度		□ 年度	
	病型・治療	学校生活上の留意点	病型・治療	学校生活上の留意点	病型・治療	学校生活上の留意点
	A.重症度のめやす(厚生労働科学研究班)該当する数字に○をしてください 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 ※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、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変 B-1.常用する外用薬名 B-2.常用する内服薬名 C.食物アレルギーの合併 1.あり 2.なし 記載日 年 月 日 医療機関名 医師名 電話	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 2.一部管理必要(内容はDに記入) B.動物との接触 1.配慮不要 2.状況により配慮必要(内容はDに記入) 3.動物へのアレルギーが強い場合ため不可 動物名( ) C.発汗後 1.配慮不要 2.状況により配慮必要(内容はDに記入) 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)	A.重症度のめやす 1・2・3・4 B-1.常用する外用薬名 B.動物との接触 1・2・3 動物名( ) C.発汗後 1・2・3 B-2.常用する内服薬名 D.その他 C.食物アレルギーの合併 1.あり 2.なし 記載日 年 月 日 医療機関名 医師名 電話	A.重症度のめやす 1・2・3・4 B-1.常用する外用薬名 B.動物との接触 1・2・3 動物名( ) C.発汗後 1・2・3 B-2.常用する内服薬名 D.その他 C.食物アレルギーの合併 1.あり 2.なし 記載日 年 月 日 医療機関名 医師名 電話	A.重症度のめやす 1・2・3・4 B-1.常用する外用薬名 B.動物との接触 1・2・3 動物名( ) C.発汗後 1・2・3 B-2.常用する内服薬名 D.その他 C.食物アレルギーの合併 1.あり 2.なし 記載日 年 月 日 医療機関名 医師名 電話	A.重症度のめやす 1・2・3・4 B-1.常用する外用薬名 B.動物との接触 1・2・3 動物名( ) C.発汗後 1・2・3 B-2.常用する内服薬名 D.その他 C.食物アレルギーの合併 1.あり 2.なし 記載日 年 月 日 医療機関名 医師名 電話

アレルギー性鼻炎	□ 年度		□ 年度		□ 年度	
	病型・治療	学校生活上の留意点	病型・治療	学校生活上の留意点	病型・治療	学校生活上の留意点
	A.病型 該当する数字に○をしてください 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(○印をしてください) 春・夏・秋・冬 B.治療 内服薬名： 鼻噴霧名： 使用頻度： 記載日 年 月 日 医療機関名 医師名 電話	A.屋外活動 1.管理不要 2.一部管理必要(内容はBに記入) B.その他の配慮 管理事項(自由記載)	A.病型 1・2 春・夏・秋・冬 B.治療	A.屋外活動 1・2 B.その他	A.病型 1・2 春・夏・秋・冬 B.治療	A.屋外活動 1・2 B.その他