

# 学校生活管理指導表（アレルギー - 疾患用）の記入方法

夏季  
学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

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

<b>①</b> アナフィラキシー（あり・なし） 食物アレルギー（あり・なし）	病型・治療	学校生活上の留意点	保護者
	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） 即時型 口腔アレルギー症候群 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 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） 食物（原因） 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 運動誘発アナフィラキシー 昆虫 医薬品 その他（ _____ ）	A. 給食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. 食物・食材を扱う授業・活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 C. 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 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 E. その他の配慮・管理事項（自由記載）	緊急時連絡先 保護者 ⑥ 大連絡医療機関 ④ 電話： _____
アレルギー疾患（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. その他（ _____ ）	A. 屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 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。

**⑦** 1. 同意する  
2. 同意しない 保護者署名： \_\_\_\_\_

## 主治医の方へ

- ①～⑤**について、御記入ください。
- ①** 疾患名下部の（あり・なし）欄に当該疾患の有無について○をつけてください。
  - ②** ①において「あり」の場合は、当該疾患の病型や原因食物、診断根拠、処方されている薬など、現在の状況を記入してください。なお、診断根拠（①②③）については、該当するもの全てを《 》に記入してください。また、木の実類など類としてひとくくりにしてあるものは、個別に除去が必要な原因食物を（ ）に記入してください。  
※ ①や②という根拠がなく、③だけが根拠の場合には、保護者を通じて除去の必要性について学校から問合せをする場合があります。
  - ③** 学校生活における管理・配慮の必要について記入してください。  
※ 加工食品の原材料の欄外表記（注意喚起表示）のある食品について除去が必要な場合等は記入してください。（コンタミネーション）（注意喚起例）・同一工場、製造ライン使用によるもの ・原材料の採取方法によるもの など
  - ④** 緊急の対応が必要になった場合にそなえ、「緊急時連絡先」欄の医療機関部分に連絡先を記入してください。
  - ⑤** 記載日、医師名、医療機関名を記入してください。  
※ ⑤の医療機関が学校から遠いなどの理由で緊急時対応ができない場合、④は学校から近い救急病院などを記入する場合があります。

## 保護者の方へ

- 学校へ御提出ください。
- ⑥** ①において「あり」の場合は、保護者の緊急連絡先を記入してください。
  - ⑦** 緊急時に対応などのため、この「学校生活管理指導表」に記載された情報を職員全員で共有する必要があります。同意していただけるかどうか○をつけ、署名をお願いいたします。  
※ 記入を依頼する主治医がいる病院と、緊急時連絡先の医療機関が異なる場合は、④も保護者が記入してください。