資料２

**学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）**　　　（財）日本学校保健会作成参考

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 気管支ぜん息（あり・なし） | 病型・治療 | 学校生活上の留意点 | **緊急時連絡先** | ★保護者電話：★連絡医療機関医療機関名：電話： |
| 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 | 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 | 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 |
| D.急性発作時の対応（自由記載） | 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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（「インタール」）　４．その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 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 |
| 記載日年　　　月　　　日 |
| B-2．長期管理薬（内服薬・貼付薬）１．テオフィリン徐放性剤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（　　　　　　　　　　　　　） |
| D．その他の配慮・管理事項（自由記載） | 医師名　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 医療機関名 |
| 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　　　年　　月　　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、絡屑主体の病気※強い炎症を伴う皮疹：紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔化などを伴う病変 | 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 | 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 |
| 医師名　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 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（　　　　　　） |
| D．その他の配慮・管理事項（自由記載） | 医療機関名 |
| 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 |
| アトピー性結膜炎（あり・なし） | 病型・治療 | 学校生活上の留意点 | 記載日　　　年　　月　　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．アレルギー性角結膜炎　５．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 |
| 医師名　　　　　　　　　　　　㊞ |
| B．屋外活動１．管理不要２．保護者と相談し決定 |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 医療機関名 |
| C．その他の配慮・管理事項（自由記載） |

**学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）**　　　（財）日本学校保健会作成参考

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | **緊　急　時　連　絡　先** | ★保護者電話：　　　　　　　　　　★連絡医療機関医療機関名：電話： |
| 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）　　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 | 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 |
| 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）　　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．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 |
| Ｃ．原因食物・診断根拠　該当するものに○をし、かつ《　》内に診断根拠を記載　　１．鶏卵《　　　　　　　　　　　　　　》　　　　　診断根拠該当するもの全てを《　》　　２．牛乳・乳製品《　　　　　　　　　　》　　　　　内に記載　　３．小麦《　　　　　　　　　　　　　　》　　　　　①明らかな症状の既往　　４．ソバ《　　　　　　　　　　　　　　》　　　　　②食物負荷試験陽性　　５．ピーナッツ　《　　　　　　　　　　》　　　　　③lge抗体等検査結果陽性　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　６．種実類・木の実類《　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　》　　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《　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　》 |
| Ｅ．その他の配慮・管理事項（自由記載） |
| 記載日　　　年　　月　　日 |
| 医師名　　　　　　　　　　　㊞ |
| 医療機関名 |
| Ｄ．緊急時に備えた処方箋　　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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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　　　年　　月　　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.屋外指導１．管理不要２．保護者と相談し決定 |
| 医師名　　　　　　　　　　　㊞ |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | B．その他の配慮・管理事項（自由記載） | 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。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　１．同意する

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　２．同意しない　　　保護者署名：