

★①名前 \_\_\_\_\_ 男・女 平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日生 我孫子市立 \_\_\_\_\_ 学校 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 組 提出日 平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

※太枠内は医師が記入します。(★①～③は保護者が記入してください。)

学校生活管理指導表(食物アレルギー用)・小中学校用

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」   | ★②保護者名                            |
|---|--|--|-----------------------------------|
| <b>A. 食物アレルギー病型</b><br>1. 即時型(原因 )<br>2. 口腔アレルギー症候群(原因 )<br>3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー(原因 )<br>※C欄の原因食品が複数ある場合のみ、( )内を記入してください。   | <b>A. 給食</b><br>1. 管理不要<br>2. 保護者と相談し決定              |  | 1(優先)<br>2<br>電話<br>1(優先)<br>2    |
| <b>B. アナフィラキシー病型(アナフィラキシーありの場合のみ記載)</b><br>1. 食物(原因 )<br>2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー<br>3. 運動誘発アナフィラキシー<br>4. 昆虫(種類 )<br>5. 医薬品(薬品名 )<br>6. その他( )   | <b>B. 食物、食材を扱う授業、活動</b><br>1. 配慮不要<br>2. 保護者と相談し決定   |  | 連絡医療機関<br>医療機関名<br><br><br><br>電話 |
| <b>C. 原因食物、診断根拠</b><br>該当する食品の番号に○をし、《 》に診断根拠①～③、( )に除去内容を記載<br>1. 鶏卵 《 》( )<br>2. 牛乳、乳製品 《 》( )<br>3. 小麦 《 》( )<br>4. ソバ 《 》( )<br>5. ピーナッツ 《 》( )<br>6. 種実類、木の実類 《 》( )<br>7. 甲殻類(エビ、カニ) 《 》( )<br>8. 果物類 《 》( )<br>9. 魚類 《 》( )<br>10. 肉類 《 》( )<br>11. その他1 《 》( )<br>12. その他2 《 》( ) | <b>C. 運動(体育、部活動等)</b><br>1. 管理不要<br>2. 保護者と相談し決定     |  |                                   |
| 【診断根拠】該当するものすべてを《 》内に記載する<br>①明らかな症状の既往<br>②食物負荷試験陽性<br>③IgE抗体等検査結果陽性   | <b>D. 宿泊を伴う校外活動</b><br>1. 配慮不要<br>2. 食事やイベントの際に配慮が必要 |  |                                   |
| <b>D. 緊急時に備えた処方薬</b><br>1. 内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬)<br>2. アドレナリン自己注射(「エピペン」)<br>3. その他( )  | <b>E. その他の配慮、管理事項</b><br>(自由記載)                      | 記載日<br>平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日<br><br>医師名 _____ 印<br><br>医療機関名 _____ |                                   |

改善がみられないので、上記学校生活管理指導表を継続します。(変更がある場合は、内容を裏面に記入)

|       |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |
|-------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 診断日   | 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 | 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 | 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 | 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 | 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 | 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 | 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 | 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 |
| 医師確認印 |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |
| 学年組   | 2年組                     | 3年組                     | 4年組                     | 5年組                     | 6年組                     | 1年組                     | 2年組                     | 3年組                     |

●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、記載内容を職員全員で共有することに同意します。 ★③保護者署名: \_\_\_\_\_

我孫子市教育委員会

## 変更事項記載欄

| 受診日         | 病型・治療               | 学校生活上の留意点           | 医師名 |
|-------------|---------------------|---------------------|-----|
| 年<br>月<br>日 | 下記事項について変更あり<br>内容: | 下記事項について変更あり<br>内容: | 印   |
| 年<br>月<br>日 | 下記事項について変更あり<br>内容: | 下記事項について変更あり<br>内容: | 印   |
| 年<br>月<br>日 | 下記事項について変更あり<br>内容: | 下記事項について変更あり<br>内容: | 印   |
| 年<br>月<br>日 | 下記事項について変更あり<br>内容: | 下記事項について変更あり<br>内容: | 印   |
| 年<br>月<br>日 | 下記事項について変更あり<br>内容: | 下記事項について変更あり<br>内容: | 印   |

※太枠内は医師が記入します。(★①②③は保護者が記入してください。)

学校生活管理指導表(食物アレルギー用)・記入例及び留意事項

|                                       |  |                            |  |   |   |                            |  |                            |
|---------------------------------------|--|----------------------------|--|---|---|----------------------------|--|----------------------------|
| アナフィラキシー<br>(あり・なし)                   | <b>病型・治療</b>   |                            | <p>●即時型:原因食物を食べて2時間以内に症状が出現し、その症状は尋麻疹のような軽い症状から、アナフィラキシーショックに進行するものまで様々である。</p> <p>●口腔アレルギー症候群:果物や野菜、木の実際に対するアレルギーに多い病型で、食後5分以内に口腔内の症状(のどの痒み、ヒリヒリする、イガイガする、腫れぼったい等)が出現する。全身的な症状に進むこともある。</p> <p>●食物依存性運動誘発アナフィラキシー:原因となる食物を摂取して2時間以内で一定量の運動(昼休みの遊び、体育、部活動等)をすることにより、アナフィラキシー症状を起こす。食べただけ、運動しただけでは症状は起こらない。</p> <p>●運動誘発アナフィラキシー:運動を行うことで誘発されるアナフィラキシー症状で、食事との関連はない。</p> <p>●昆虫:蚊や蜂、ゴキブリ、蛾、蝶などがアレルギーの原因となる。アナフィラキシーの原因となりやすいのは蜂である。</p> <p>●医薬品:抗生物質や非ステロイド系の抗炎症薬、抗てんかん薬などが原因となる。</p> <p>●その他:ラテックス(天然ゴム)</p> | <b>学校生活上の留意点</b>  |   | 「緊急時連絡先」                   | <b>★②保護者名</b>  |                            |
|                                       | <p><b>A. 食物アレルギー病型</b></p> <p>① 即時型(原因:鶏卵・牛乳・乳製品)</p> <p>② 口腔アレルギー症候群(原因:果物)</p> <p>③ 食物依存性運動誘発アナフィラキシー</p> <p>※C欄の原因食品が複数ある場合のみ、( )内を</p> <p><b>B. アナフィラキシー病型(アナフィラキシー)</b></p> <p>① 食物(原因:鶏卵・牛乳・乳製品)</p> <p>② 食物依存性運動誘発アナフィラキシー</p> <p>③ 運動誘発アナフィラキシー</p> <p>④ 昆虫(種類)</p> <p>⑤ _____</p> <p>⑥ _____</p> <p><b>C. 該当</b></p> <p>① 鶏卵 &lt;&lt; ①②③ &gt;&gt; (生の鶏卵・マヨネーズ)</p> <p>② 牛乳・乳製品 &lt;&lt; ①②③ &gt;&gt; (牛乳・乳製品全般)</p> <p>③ 小麦 &lt;&lt; _____ &gt;&gt;</p> <p>④ ソバ &lt;&lt; _____ &gt;&gt;</p> <p>⑤ ピーナッツ &lt;&lt; _____ &gt;&gt;</p> <p>⑥ 種実類、木の実類 &lt;&lt; _____ &gt;&gt;</p> <p>⑦ 甲殻類(エビ、カニ) &lt;&lt; _____ &gt;&gt;</p> <p>⑧ 果物類 &lt;&lt; ① &gt;&gt; (キウイフルーツ)</p> <p>⑨ 魚類 &lt;&lt; _____ &gt;&gt;</p> <p>⑩ 肉類 &lt;&lt; _____ &gt;&gt;</p> <p>⑪ その他1 &lt;&lt; _____ &gt;&gt;</p> <p>⑫ その他2 &lt;&lt; _____ &gt;&gt;</p> <p><b>D. 緊急時に備えた処方薬</b></p> <p>① 内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬)</p> <p>② アドレナリン自己注射(「エピペン」)</p> <p>③ その他( _____ )</p> |                            |  | <p><b>A. 給食</b></p> <p>① 管理不要</p> <p>② 保護者と相談し決定</p> <p><b>B. 食物、食材を扱う授業、活動</b></p> <p>① 配慮不要</p> <p>② 保護者と相談し決定</p> <p><b>C. 運動(体育、部活動等)</b></p> <p>① 管理不要</p> <p>② 保護者と相談し決定</p> <p><b>D. 宿泊を伴う校外活動</b></p> <p>① 配慮不要</p> <p>② 食事やイベントの際に配慮が必要</p> <p><b>E. その他の配慮、管理事項(自由記載)</b></p> |   |                            | <p>連絡医療機関<br/>医療機関名</p> <p style="text-align: center;">〇〇〇〇クリニック</p> <p>電話</p> <p style="text-align: center;">〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇</p> |                            |
| <p>改善がみられないので、上記学校生活管理指導表を( )に記入)</p> |  |                            | <p>ごく少量の原因物質に触れるだけでもアレルギー症状を起こす児童生徒もいる。原因物質を“食べる”だけでなく、“吸い込む”ことや“触れる”ことも発症の原因になるので、個々の児童生徒に応じたきめこまかい配慮が必要である。</p>  |   | <p>記載日<br/>平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>医師名</p> <p style="text-align: center;">〇〇〇〇〇 印</p> <p>医療機関名</p> <p style="text-align: center;">〇〇〇〇クリニック</p> |                            |  |                            |
| 診断日                                   | 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日   | 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日   | 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日  | 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日  | 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日   | 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |
| 医師確認印                                 |  |                            |  |   |   |                            |  |                            |
| 学年組                                   | 2年組  | 3年組                        | 4年組  | 5年組   | 6年組   | 1年組                        | 2年組  | 3年組                        |

●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、記載内容を職員全員で共有することに同意します。 ★③保護者署名: \_\_\_\_\_