

表 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

名前 _____ (男・女) _____ 年 ____ 月 ____ 日生 _____ 年 ____ 組

提出日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

※この生活管理指導表は、学校の生活において特別な配慮や管理が必要となった場合に医師が作成するものです。

		病型・治療	学校生活上の留意点	★保護者	
アナフィラキシー (あり・なし)	食物アレルギー (あり・なし)	Ⅰ 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	Ⅰ 給食 1. 管理不要 2. 管理必要 <hr/> Ⅱ 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要	【緊急時連絡先】	電話：
		Ⅱ 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（ ）	Ⅲ 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要 <hr/> Ⅳ 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 <hr/> Ⅴ 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 ※本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した料理については、給食対応が困難となる場合があります。 鶏卵：卵殻カルシウム 牛乳：乳糖・乳清焼成カルシウム 小麦：醤油・酢・味噌 大豆：大豆油・醤油・味噌 ゴマ：ゴマ油 魚類：かつおだし・いりこだし・魚醤 肉類：エキス		★連絡医療機関 医療機関名：
		Ⅲ 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ〈 〉内に除去根拠を記載 1. 鶏卵 〈 〉 2. 牛乳・乳製品 〈 〉 3. 小麦 〈 〉 4. ソバ 〈 〉 5. ピーナッツ 〈 〉 6. 甲殻類 〈 〉（ ） 7. 木の実類 〈 〉（ ） 8. 果物類 〈 〉（ ） 9. 魚類 〈 〉（ ） 10. 肉類 〈 〉（ ） 11. その他1 〈 〉（ ） 12. その他2 〈 〉（ ）	Ⅵ その他の配慮・管理事項(自由記述)	記載日 _____ 年 月 日	医師名 _____
		Ⅳ 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（ ）		医療機関名	
気管支ぜん息 (あり・なし)	(公財) 日本学校保健会作成	病型・治療	学校生活上の留意点	★保護者	
		Ⅰ 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良	Ⅰ 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要 <hr/> Ⅱ 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 1. 管理不要 2. 管理必要 <hr/> Ⅲ 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 <hr/> Ⅳ その他の配慮・管理事項(自由記述)	電話：	
		Ⅱ-1 長期管理薬（吸入） 1. ステロイド吸入薬 () () 2. ステロイド吸入薬／長時間作用性吸入ベータ刺激薬配合剤 () () 3. その他 () ()		★連絡医療機関 医療機関名：	電話：
		Ⅱ-2 長期管理薬（内服） 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 () 2. その他 ()		記載日 _____ 年 月 日	医師名 _____
		Ⅱ-3 長期管理薬（注射） 1. 生物学的製剤 ()		医療機関名	
		Ⅲ 発作時の対応 1. ベータ刺激薬吸入 () () 2. ベータ刺激薬内服 () ()			

裏 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

名前 _____ (男・女) _____ 年 ____ 月 ____ 日生 _____ 年 ____ 組

提出日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

	病型・治療	学校生活上の留意点	記載日
		年 月 日	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	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
	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
	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学校の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 _____

表 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

名前 山田花子 (男・女) 平成27年4月1日生 1年1組

提出日 令和4年9月1日

※この生活管理指導表は、学校の生活において特別な配慮や管理が必要となった場合に医師が作成するものです。

病型・治療		学校生活上の留意点	
アナフィラキシー (あり・なし) <hr/> 食物アレルギー (あり・なし)	Ⅳ 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	Ⅰ 給食 ① 管理不要 ② 管理必要	★保護者 電話： <u>123-4567</u> ★連絡医療機関 医療機関名： <u>JINIS 病院</u> 電話： <u>000-△△△△</u>
	Ⅴ 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 <u>卵</u> ） 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（ ）	Ⅱ 運動（体育・部活動等） ① 管理不要 ② 管理必要	
	Ⅵ 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ〈 〉内に除去根拠を記載 1. 鶏卵 〈 ○ 〉 2. 牛乳・乳製品 〈 〉 3. 小麦 〈 〉 4. ソバ 〈 〉 5. ピーナッツ 〈 〉 6. 甲殻類 〈 〉 (すべて・エビ・カニ) 7. 木の美類 〈 〉 (すべて・クルミ・カシュー・アーモンド) 8. 果物類 〈 〉 9. 魚類 〈 〉 10. 肉類 〈 〉 11. その他1 〈 〉 12. その他2 〈 〉	Ⅲ 宿泊を伴う校外活動 ① 管理不要 ② 管理必要 Ⅳ 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 ※本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した料理については、給食対応が困難となる場合があります。 <u>鶏卵</u> ：卵殻カルシウム 牛乳：乳糖・乳清焼成カルシウム 小麦：醤油・酢・味噌 大豆：大豆油・醤油・味噌 ゴマ：ゴマ油 魚類：かつおだし・いりこだし・魚醤 肉類：エキス	
	Ⅶ 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（ ）	Ⅴ その他の配慮・管理事項（自由記述）	
記載日 <u>令和4</u> 年 <u>6</u> 月 <u>17</u> 日 医師名 <u>JINIS NURSE</u>	医療機関名 <u>JINIS 病院</u>		
Ⅳ 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良	Ⅰ 運動（体育・部活動等） ① 管理不要 ② 管理必要	★保護者 電話： ★連絡医療機関 医療機関名： 電話：	
Ⅷ-1 長期管理薬（吸入） 1. ステロイド吸入薬 () () 2. ステロイド吸入薬/長時間作用性吸入ベータ刺激薬配合剤 () () 3. その他 () ()	Ⅱ 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 ① 管理不要 ② 管理必要		
Ⅷ-2 長期管理薬（内服） 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 () 2. その他 ()	Ⅲ 宿泊を伴う校外活動 ① 管理不要 ② 管理必要		
Ⅷ-3 長期管理薬（注射） 1. 生物学的製剤 ()	Ⅳ その他の配慮・管理事項（自由記述）		
Ⅷ 発作時の対応 1. ベータ刺激薬吸入 () () 2. ベータ刺激薬内服 () ()		記載日 年 月 日 医師名 ① 医療機関名	

裏 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

名前 山田花子 (男・女) 平成27年4月1日生 1年1組

提出日 令和4年9月1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
	<p>△ 重症度のめやす（厚生労働科学研究班）</p> <p>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。</p> <p><small>*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</small></p>	<p>△ プール指導及び長時間の紫外線下での活動</p> <p>① 管理不要 ② 管理必要</p> <p>△ 動物との接触</p> <p>① 管理不要 ② 管理必要</p> <p>△ 発汗後</p> <p>① 管理不要 ② 管理必要</p>	令和4年6月17日
	<p>△-1 常用する外用薬</p> <p>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（ ）</p>	<p>△-2 常用する内服薬</p> <p>1. 抗ヒスタミン薬 2. その他 []</p>	<p>△-3 常用する注射薬</p> <p>1. 生物学的製剤</p>
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
	<p>△ 病型</p> <p>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（ ）</p> <p>△ 治療</p> <p>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（ ）</p>	<p>△ プール指導</p> <p>① 管理不要 ② 管理必要</p> <p>△ 屋外活動</p> <p>① 管理不要 ② 管理必要</p>	年 月 日
			<p>△ その他の配慮・管理事項(自由記載)</p>
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
	<p>△ 病型</p> <p>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</p> <p>△ 治療</p> <p>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（ダニ・スギ） ④ その他（ ）</p>	<p>△ 屋外活動</p> <p>① 管理不要 ② 管理必要</p>	令和4年6月17日
			<p>△ その他の配慮・管理事項(自由記載)</p>

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学校の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 山田花

保護者の皆様

サマーキャンプ中の服薬支援・薬品管理について

子どもたち一人ひとりがより安全にサマーキャンプを送れるよう、学校生活中に薬（内服薬・塗り薬・点眼薬など）の使用が必要な場合に所定の様式を使用して養護教諭が服薬管理・支援を行っています。

つきましては、サマーキャンプでの服薬管理・支援が必要な場合は、下記をお読みいただき、別紙「服薬支援・薬品管理依頼書」を提出してください。正確な服薬管理・支援を行うため、御理解と御協力をよろしくお願いいたします。

1.服薬支援の対象者

- サマーキャンプ中に定時薬の使用が必要な児童（毎日使用する食後薬や塗り薬など）
 - サマーキャンプ中に臨時薬の使用が必要な児童（短期的に使用する薬など）
- どちらの場合も「別紙服薬支援・薬品管理依頼書」を記入の上、薬局でもらえる「薬剤情報提供書」や「おくすり手帳」のコピーの添付が必要です

※緊急時（発作時・不穏時・アレルギー有症時など）に使用する緊急薬が必要な児童
アレルギーを有するお子様で与薬（エピペン等の緊急薬を含む）が必要な場合は、医師が記入した「学校生活管理指導票（アレルギー疾患用）」、保護者が記載した「服薬支援・薬品管理依頼書」の提出を必須となります。

2.注意点

- (1)サマーキャンプ中に服薬支援・薬品管理が必要な場合に記入し、提出して下さい。お薬が必要ないお子様は提出する必要はありません
- (2)市販薬の場合もご提出ください。ご提出のない市販薬はお預かりできません
- (3)服薬支援にあたり特別な技術を要する薬や、管理が困難な薬はお預かりできません

サマーキャンプにおけるアレルギーの対応について

アレルギーにより学校で特別な管理が必要なお子様には、「学校生活管理指導票（アレルギー疾患用）」を受診医に記入して頂き、ご提出くださいますようお願い申し上げます。アレルギーがなく学校で特別な管理が不要なお子様は提出の必要はありません。

<対応の原則>

- アレルギーを有するお子様で与薬（エピペン等の緊急薬を含む）が必要な場合は、医師が記入した別紙「学校生活管理指導票（アレルギー疾患用）」、保護者が記載した「服薬支援・薬品管理依頼書」の提出を必須となります
- 食物アレルギーがあり、除去食を希望の場合は「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」に基づき、医師の診断による「学校生活管理指導票（アレルギー疾患用）」の提出を必須とする。食物アレルギーを有するお子様にも、安全を最優先とした上で食事を提供するが、安全性確保のため、原因食物の完全除去対応を原則となります