

学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

活用のしおり

～主治医用～

学校生活管理指導表について

本表は、学校の生活においてアレルギー疾患（食物アレルギー、アナフィラキシー、気管支ぜん息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性結膜炎、アレルギー性鼻炎）について特別な配慮や管理が必要な児童生徒について、正しい診断に基づいて医師が作成するものです。学校の生活において特別な配慮や管理が不要な児童生徒については学校への提出は不要です。なお、学校の実状に応じて具体的対応は学校が決めることに留意してください。各疾患の記入方法の詳細については「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」の各疾患の解説をご確認ください。

本表は大きな変化がない場合、1年間を通じて使用しますので、現在の状況および、今後1年間を通じて予測される状況を記載してください。

学校生活管理指導表の記載方法

- ①疾患名のところの（あり・なし）欄に当該疾患の有無について○をつけ、「あり」の場合、下位項目のそれぞれへの記入をお願いします。
- ②「病型・治療」欄
当該疾患の原因や症状、服用中の薬など、現在の状況を記入してください。
- ③「学校生活上の留意点」欄
学校生活における管理・配慮が必要な場合には「管理必要」に○をし、その内容について自由記述欄に記入してください。
- ④「緊急連絡先」欄の医療機関は、アナフィラキシーや重症のぜん息発作等が起こった場合の緊急時の連絡先として、必要と考えられる児童生徒等に関して地域の救急医療機関等を記入することと考えられます。必要に応じて保護者、学校と相談して記入してください。
- ⑤記載した日付、医師名および医療機関名を記入してください。

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。			
アレルギー （ありなし） 食物アレルギー （ありなし）	病型・治療 Ⅲ 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 Ⅳ 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 _____ Ⅴ 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. ビーナッツ _____ 6. 甲殻類 _____ 7. 木の实類 _____ 8. 果物類 _____ 9. 魚類 _____ 10. 肉類 _____ 11. その他1 _____ 12. その他2 _____ Ⅵ 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J」） 3. その他 _____	学校生活上の留意点 Ⅶ 給食 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅷ 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅸ 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅹ 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：卵黄カルシウム 牛乳：乳脂、乳局飽和カルシウム 小麦：麵油、胚芽油、味噌 大豆：大豆油、麵油、味噌 ゴマ：ゴマ油 魚類：かつおだし、いりこだし、魚骨 肉類：エキス Ⅺ その他の配慮・管理事項（自由記述）	★保護者 電話： _____ ★連絡医療機関 医療機関名： _____ 電話： _____ 記載日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 医師名 _____ 印 医療機関名 _____
	病型・治療 Ⅶ 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良 Ⅷ-1 長期管理薬（吸入） 1. スピロイド吸入薬 _____ 薬名 _____ 投与量/日 _____ 2. スピロイド吸入薬/長時間作用性吸入ベータ刺激薬配合剤 _____ 3. その他 _____ Ⅷ-2 長期管理薬（内服） 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 _____ 薬名 _____ 2. その他 _____ Ⅷ-3 発作時の対応 1. 発作時の対応 _____ 薬名 _____ 2. ベータ刺激薬内服 _____	学校生活上の留意点 Ⅹ 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅺ 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 Ⅻ 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅼ その他の配慮・管理事項（自由記述）	★保護者 電話： _____ ★連絡医療機関 医療機関名： _____ 電話： _____ 記載日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 医師名 _____ 印 医療機関名 _____

※記入上の注意

<食物アレルギー>

C. 原因食物・除去根拠

- ・診断根拠として重要なのは①明らかな症状の既往、②食物経口負荷試験陽性です。
- ・③摂取可能であるにもかかわらず、血液検査陽性だけを根拠に原因食物の除去を指示することは適切ではありません。
- ・④未摂取で除去が必要な食物がある場合のみ記入してください。

E. 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

- ・ここに記載されている食材は、極微量のアレルゲンが含有されている程度であり、症状誘発の原因となりにくいため基本的に除去する必要はありません。本欄に○がついた場合には給食対応が困難となりますので慎重に考慮ください。

<気管支ぜん息>

A. 症状のコントロール状態

評価項目	コントロール状態（最近1ヶ月程度）		
	良好 (すべての項目が該当)	比較的良好	不良 (いずれかの項目が該当)
軽微な症状※1	なし	(1 ≥ 回 / 月) < 1 回 / 週	≥ 1 回 / 週
明らかな急性増悪（発作）※2	なし	なし	≥ 1 回 / 月
日常生活の制限	なし	なし（あっても軽微）	≥ 1 回 / 月
β2 刺激薬の使用	なし	(1 ≥ 回 / 月) < 1 回 / 週	≥ 1 回 / 週

※1 軽微な症状とは、運動や大笑い、啼泣の後や起床時などに一過性に認められるがすぐに消失する咳やぜん鳴、短時間で覚醒することのない夜間の咳き込みなど、見落とされがちな軽い症状を指す。

※2 明らかな急性増悪（発作）とは、咳き込みやぜん鳴が昼夜にわたって持続あるいは反復し、呼吸困難を伴う定型のぜん息症状を指す。

小児気管支喘息治療・管理ガイドライン 2017 より

ガイドラインと学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）は下記リンクからご覧になれます。

<https://www.gakkohoken.jp/books>

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 _____ 月 _____ 日 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	
アナフィラキシー (あり・なし) 食物アレルギー (あり・なし)		★保護者 電話： _____ ★連絡医療機関 医療機関名： _____ 電話： _____ 【緊急時連絡先】	
★保護者 電話： _____ ★連絡医療機関 医療機関名： _____ 電話： _____ 【緊急時連絡先】		★保護者 電話： _____ ★連絡医療機関 医療機関名： _____ 電話： _____ 【緊急時連絡先】	
記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日		医師名 _____	
医療機関名 _____		医療機関名 _____	

病型・治療		学校生活上の留意点	
★保護者 電話： _____ ★連絡医療機関 医療機関名： _____ 電話： _____ 【緊急時連絡先】		★保護者 電話： _____ ★連絡医療機関 医療機関名： _____ 電話： _____ 【緊急時連絡先】	
記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日		医師名 _____	
医療機関名 _____		医療機関名 _____	

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
アトピー性皮膚炎 (あり・なし) A 重症度のめやす（厚生労働科学研究班） 1. 軽症：面癢に問わず、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。 *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 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 [] B-3 常用する注射薬 1. 生物学的製剤		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. 管理必要 B 動物との接触 1. 管理不要 2. 管理必要 C 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要 D その他の配慮・管理事項(自由記述)		医師名 医療機関名
アレルギー性結膜炎 (あり・なし) 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. アトピー性角結膜炎 5. その他（ ） 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（ ）		A プール指導 1. 管理不要 2. 管理必要 B 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 C その他の配慮・管理事項（自由記載）		医師名 医療機関名
アレルギー性鼻炎 (あり・なし) 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. 舌下免疫療法（ダニ・スギ） 4. その他（ ）		A 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 B その他の配慮・管理事項（自由記載）		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 _____