

■ 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（幼稚園） ____年 ____組

| 病型・治療 | | 学校生活上の留意点 | 【緊急時連絡先】 | ★保護者 |
|--|--|---|----------|---|
| 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 | | 電話： |
| 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（ | | 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 | | ★連絡医療機関 医療機関名： |
| C. 原因食物・診断根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に診断根拠を記載 1. 鶏卵 《 》 2. 牛乳・乳製品 《 》 3. 小麦 《 》 4. ピーナッツ 《 》 5. 種実類・木の実類 《 》（ 6. 甲殻類（エビ・カニ）《 》 7. ソバ 《 》 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） | | 電話： |
| D. 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（「エピペン®」） 3. その他（ | | | | 記載日 _____年 ____月 ____日 医師名 _____ 医療機関名 _____ |

[診断根拠]該当するもの全てを《 》内に記載
 ①明らかな症状の既往
 ②食物負荷試験陽性
 ③IgE抗体等検査結果陽性

●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。

提出日 平成 ____年 ____月 ____日

保護者署名 _____ (印)

佐伯市教育委員会