

【学校生活管理指導表申込書について】

令和5年2月吉日

保護者の皆様

高松市立協和中学校

学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）について（お知らせ）

平成21年度より、高松市では重篤なアレルギーがあり、学校生活で配慮や管理が必要であると主治医が判断した児童・生徒について、「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」を使用することになりました。

つきましては、お子様のアレルギー疾患について学校での配慮や管理が必要な場合は、下記の申込書にご記入のうえ、ご提出またはご連絡ください。「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」をお渡しします。（裏面に見本を印刷しているので、参考になさってください。）

学校生活上配慮が必要な場合のみ、下記申込書を記入の上、入学式当日までに中学校にお出しいただくか、協和中学校保健室（Tel 087-867-5937）までご連絡ください。
（既に管理指導表を受け取っている方の記入・提出は必要ありません。）

【ご注意】

- * 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）は、疾患ごとに主治医の先生に記入していただきます。診療科ごとに複数の主治医の先生に記入をお願いしていただくこともあります。また、記入にあたっては、文書料が生じる場合があります。

----- 切り取り -----

※1 学校生活上配慮が必要な方のみ、記入してお出しください。

（入学式で提出、または入学式までに電話連絡ください）

- ※2 入学周知会終了後に、管理指導表（オレンジ色）を受け取っている方は、申し込まないでください。

「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」申込書

- () 食物アレルギー
() アナフィラキシー
() 気管支ぜんそく
() 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

左記の疾患において、学校生活上の配慮事項があるため、アレルギー管理指導表を申し込みます。

年 組 番 生徒氏名 _____

保護者氏名 _____

見本（こちらには記入しないでください。）

<表面>

表 学校生活管理指導表(アレルギー疾患用) 学校 提出日 年 月 日

名前 (男・女) 年 月 日生 年 組 番

※この生活指導管理表は、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	記載日	
アレルギー疾患 アナフィラキシー 食物アレルギー 気管支ぜん息	病型・治療 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 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() 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつく 内に除去根拠を記載 1. 鶏卵 <> [除去根拠] 該当するものを全て○内に記載 2. 牛乳・乳製品 <> ①明らかな症状の既往 ②食物経口負荷試験陽性 3. 小麦 <> ③IgE抗体等検査結果陽性 ④未摂取 4. ソバ <> ()に具体的な食品名を記載 5. ピーナッツ <> () 6. 甲殻類 <> (すべて・エビ・カニ) 7. 木の实類 <> (すべて・クルミ・カシー・アーモンド) 8. 果実類 <> () 9. 魚類 <> () 10. 肉類 <> () 11. その他1 () 12. その他2 () 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(「エビペン」) 3. その他()	学校生活上の留意点 給食 1. 管理不要 2. 要管理 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 要管理 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 要管理 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 要管理 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・卵白・卵殻カス 小麦：小麦粉・小麦胚芽カス 小豆：醤油・味噌 大豆：大豆油・醤油・味噌 コメ：コメ 魚類：魚油・いりこし・魚醤 肉類 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 西暦 年 月 日 医師名 印 医療機関名 緊急時の管理事項 有症時： アレルギー緊急時対応マニュアル・症状チェックシートに沿って要対応 <input type="checkbox"/> 個別対応シートを作成
病型・治療 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良 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 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 長期管理薬(注射) 1. 生物学的製剤 発作時の対応 1. ベータ刺激薬吸入 薬剤名() 投与量/回(/) 2. ベータ刺激薬内服 薬剤名() 投与量/回(/)	学校生活上の留意点 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 要管理 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. 要管理 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 要管理 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 西暦 年 月 日 医師名 印 医療機関名	

<裏面>

裏 学校生活管理指導表(アレルギー疾患用) 学校 提出日 年 月 日

名前 (男・女) 年 月 日生 年 組 番

病型・治療	学校生活上の留意点	記載日	
アレルギー疾患 アトピー性皮膚炎	病型・治療 重症度の目安(厚生労働科学研究班) 1. 軽症：面積にかかわらず、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。 ※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 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() 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他 注射薬 1. 生物学的製剤	学校生活上の留意点 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. 要管理 動物との接触 1. 管理不要 2. 要管理 発汗後 1. 管理不要 2. 要管理 その他の配慮・管理事項(自由記述)	記載日 西暦 年 月 日 医師名 印 医療機関名
アレルギー疾患 アレルギー性結膜炎	病型・治療 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() 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()	学校生活上の留意点 プール指導 1. 管理不要 2. 要管理 動物との接触 1. 管理不要 2. 要管理 その他の配慮・管理事項(自由記述)	記載日 西暦 年 月 日 医師名 印 医療機関名
アレルギー疾患 アレルギー性鼻炎	病型・治療 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 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()	学校生活上の留意点 屋外活動 1. 管理不要 2. 要管理 その他の配慮・管理事項(自由記述)	記載日 西暦 年 月 日 医師名 印 医療機関名

学校における日常の取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。
 アドレナリン自己注射薬「エビペン」が処方されている場合、その所持について、消防署へ情報提供することに同意します。

保護者氏名 _____