

3 学校生活管理指導表の記入について

様式2 表

学校生活管理指導表（食物アレルギー疾患用）

学校名

年 組 氏名 _____ (男・女)

平成 年 月 日生 (歳)

アナフィラキシーを起こしたことは、ありますか？ (あり・なし)

アドレナリン自己注射薬「エピペン®」は処方されていますか？ (あり・なし)

病型・治療		学
A. 食物アレルギーの病型 1. 即時型 (原因食物を食べて2時間以内に症状が出る) 2. 口腔アレルギー症候群 (食後5分以内に口の中に症状が出る) 3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー (原因となる食物を食べて2時間以内にある程度の運動をすることによりアナフィラキシー症状を起こす)		1. 給食の対応 ① 管理不要 ② 保護者と相談し決
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()		2. 食物・食材を扱う授業 ① 配慮不要 ② 保護者と相談し決
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. そば <> 5. ピーナッツ <> 6. 種実類・木の実類 <>() 7. 甲殻類(エビ・カニ)<>() 8. 果物類 <>() 9. 魚類 <>() 10. 肉類 <>() 11. その他1 <>() 12. その他2 <>() 【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		3. 運動(体育・部活動等) ① 管理不要 ② 保護者と相談し決 4. 宿泊を伴う校外活動 ① 配慮不要 ② 食事やイベントの際
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薬(「エピペン®」) 3. その他() ◎喘息はありますか？ (はい・いいえ)		5. その他の配慮事項・管理事項(自由記載) ◎気管支喘息はアナフィラキシーショックの重篤化の危険因子なので、喘息のある児童生徒がアナフィラキシーを発症した場合のリスクを考えて喘息の欄を付け加えました。
【医療機関名】 【医師名】 印		◎この欄は保護者の方がお書きください。 ◎保護者の方のお名前を書き、印を押してください。
【記載日】 年 月 日		【保護者名】 印
緊急時連絡先	【保護者】 ① ②	◎この欄は保護者の方がお書きください。 緊急時に連絡がとれる方のお名前と電話番号をお書きください。①②の順番に連絡をします。優先順位の順に記入をお願いします。
	【医療機関名】 Tel:	◎この欄も保護者の方がお書きください。 食物アレルギー症状を発症した場合の緊急連絡時の医療機関名、電話番号をお書きください。

様式2の記入について

◎「食物アレルギーに関する調査表」(様式1)で食物アレルギーによる個別対応を希望する保護者に配付します。

◎保護者が主治医に記入を依頼し、主治医が記入したものを保護者が学校に提出します。

◎年度末及び新たな事項が発生した場合に返却します。

◎保護者は主治医に裏面の記入を依頼し、主治医が記入したものを提出します。

◎あてはまるところに○を付け、記述が必要なところには言葉や文章で記載をお願いします。

この欄は主治医がお書きください。

記入にあたり費用がかかる場合があります。

この欄は保護者がお書きください。

※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、本表に記載された内容を全職員共有させていただきます。

※緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を医療機関等へ情報提供させていただきます。

※保護者の押印を必ずお願いします。

勝浦市教育委員会