

学校生活管理指導表（食物アレルギー用）

提出日 年 月 日

氏名 _____ 男・女 _____年____月____日生（____）歳

学校 _____年 _____組

病型・治療		学校生活上の留意点																																																																
食物アレルギー（あり・なし） アナフィラキシー既往歴（あり・なし）	A. 食物アレルギー病型 該当型の口欄に ν を記載（食物アレルギーありの場合のみ記載） <input type="checkbox"/> 即時型 <input type="checkbox"/> 口腔アレルギー症候群 <input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	A. 給食 <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 保護者と相談し決定	E. その他の配慮 （保護者との打ち合わせ時の具体的配慮事項をご記入ください）																																																															
	B. アナフィラキシー病型 該当型の口欄に ν を記載（アナフィラキシー既往ありの場合のみ記載） <input type="checkbox"/> 食物（原因） <input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー <input type="checkbox"/> 運動誘発アナフィラキシー <input type="checkbox"/> 昆虫 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	B. 食物・食材を扱う授業・活動 <input type="checkbox"/> 配慮不要 <input type="checkbox"/> 保護者と相談し決定																																																																
	C. 原因食物・診断根拠 該当する食品の口欄に ν をし、かつ診断根拠の番号欄に○を記載	C. 運動（体育・部活動等） <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 保護者と相談し決定																																																																
	D. 緊急時に備えた処方薬 <input type="checkbox"/> 内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬） <input type="checkbox"/> アドレナリン自己注射薬（「エピペン®」） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	D. 宿泊を伴う校外活動 <input type="checkbox"/> 配慮不要 <input type="checkbox"/> 食事やイベントの際に配慮が必要																																																																
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">原因食物及び診断根拠</th> <th style="width: 10%;">①</th> <th style="width: 10%;">②</th> <th style="width: 10%;">③</th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 鶏卵</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="3" style="background-color: #FFFF00;"> 《診断根拠》 該当する物のすべてに○を記載 ①明らかな症状の既往 ②食物負荷試験陽性 ③ I g E 抗体等検査結果陽性 </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 小麦</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ソバ</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ピーナッツ</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 種実類・木の実類</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>→（具体的食品名 _____）</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 甲殻類（エビ・カニ）</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>→（具体的食品名 _____）</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 果物類</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>→（具体的食品名 _____）</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 魚類</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>→（具体的食品名 _____）</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 肉類</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>→（具体的食品名 _____）</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他1（ _____ ）</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>→（具体的食品名 _____）</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他2（ _____ ）</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>→（具体的食品名 _____）</td> </tr> </tbody> </table>		原因食物及び診断根拠	①	②	③		<input type="checkbox"/> 鶏卵				《診断根拠》 該当する物のすべてに○を記載 ①明らかな症状の既往 ②食物負荷試験陽性 ③ I g E 抗体等検査結果陽性	<input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品				<input type="checkbox"/> 小麦				<input type="checkbox"/> ソバ					<input type="checkbox"/> ピーナッツ					<input type="checkbox"/> 種実類・木の実類				→（具体的食品名 _____）	<input type="checkbox"/> 甲殻類（エビ・カニ）				→（具体的食品名 _____）	<input type="checkbox"/> 果物類				→（具体的食品名 _____）	<input type="checkbox"/> 魚類				→（具体的食品名 _____）	<input type="checkbox"/> 肉類				→（具体的食品名 _____）	<input type="checkbox"/> その他1（ _____ ）				→（具体的食品名 _____）	<input type="checkbox"/> その他2（ _____ ）				→（具体的食品名 _____）	【緊急連絡先】 《保護者》 電話： _____ 《連絡医療機関》 医療機関名： _____ 電話： _____ 記載日 _____年____月____日	
原因食物及び診断根拠	①	②	③																																																															
<input type="checkbox"/> 鶏卵				《診断根拠》 該当する物のすべてに○を記載 ①明らかな症状の既往 ②食物負荷試験陽性 ③ I g E 抗体等検査結果陽性																																																														
<input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品																																																																		
<input type="checkbox"/> 小麦																																																																		
<input type="checkbox"/> ソバ																																																																		
<input type="checkbox"/> ピーナッツ																																																																		
<input type="checkbox"/> 種実類・木の実類				→（具体的食品名 _____）																																																														
<input type="checkbox"/> 甲殻類（エビ・カニ）				→（具体的食品名 _____）																																																														
<input type="checkbox"/> 果物類				→（具体的食品名 _____）																																																														
<input type="checkbox"/> 魚類				→（具体的食品名 _____）																																																														
<input type="checkbox"/> 肉類				→（具体的食品名 _____）																																																														
<input type="checkbox"/> その他1（ _____ ）				→（具体的食品名 _____）																																																														
<input type="checkbox"/> その他2（ _____ ）				→（具体的食品名 _____）																																																														
医師名 _____ 医療機関名 _____		_____ _____																																																																

様式1
千歳市教育委員会「（公財）日本学校保健会作成より一部改変」

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教職員全員で共有する
 緊急時の対応で、内服薬の投与又はエピペン®の注射（内服薬やエピペン®を学校に預ける場合）
 緊急時の対応で、救急車で搬送と医療機関を受診
学校生活において、学校の判断で上記の対応を行うことに同意します。

年 月 日 保護者署名： _____

※ 食物アレルギー以外のアレルギー疾患の場合は、「学校のアレルギー疾患に対するガイドライン」に掲載の様式を使用すること。