

表 学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)【豊田市版】

※赤枠内は保護者が記入し、学校に提出してください。裏面に記載しており、内容に変更がない場合は名前のみご記入ください。

フリガナ 名前	性 別	☐ 男 ☐ 女	生年 月日	☐ 平成 ☐ 令和 ☐ 西暦	満年齢 歳	提出日	令和 年 月 日	学校 年 組
------------	--------	--	----------	---	----------	-----	----------	--------

緊急時連絡用 ★保護者電話 (続柄)

●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及び関係者で共有することに同意します。

保護者署名:

緊急時連絡用 ★医療機関名

電話

	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)	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. 管理必要 B. 食物・食材を扱う授業・活動 ☐ 1. 管理不要 ☐ 2. 管理必要
	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 ()	C. 運動(体育・部活動等) ☐ 1. 管理不要 ☐ 2. 管理必要 D. 宿泊を伴う校外活動 ☐ 1. 管理不要 ☐ 2. 管理必要
	C. 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 《 》 [除去根拠]該当するものを《 》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 《 》 ※除去根拠の具体的な内容について、Fに記載する。 ☐ 5. ピーナッツ 《 》 ()に具体的な食品名を記載 ☐ 6. 甲殻類 《 》(☐ すべて・ ☐ エビ・ ☐ カニ) ☐ 7. 木の実類 《 》(☐ すべて・ ☐ クルミ・ ☐ カシュー・ ☐ アーモンド)	E. 原因食物を除去する場合には、より厳しい管理が必要なもの ※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: 卵殻カルシウム ☐ 牛乳: 乳糖・乳清焼成カルシウム ☐ 小麦: 醤油・酢・味噌 ☐ 大豆: 大豆油・醤油・味噌 ☐ ゴマ: ゴマ油 ☐ 魚類: かつおだし・いりこだし・魚醤 ☐ 肉類: エキス
	☐ 8. 果物類 《 》() ☐ 9. 魚類 《 》() ☐ 10. 肉類 《 》() ☐ 11. 野菜 《 》() ☐ 12. その他1 《 》() ☐ 13. その他2 《 》()	F. その他の配慮・管理事項(自由記載) ※症状やどの程度食べることができるか等を具体的に記載
	※1. 鶏卵、2. 牛乳・乳製品、8. 果物類、11. 野菜に食物アレルギーがあり、給食が「管理必要」の場合には、「学校給食の対応確認」欄の記載をお願い致します。	
	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 ()	

学校給食の対応確認

(医師の診断による特例的対応)

・鶏卵、牛乳・乳製品の食物アレルギー、果物類及び野菜の口腔アレルギー症候群は、医師の診断により一部の献立を配膳しています。ただし、おかわりは出来ません。

・記載が無い場合は、「原因食物を含む食品・料理は配膳しない」に該当する「イ」の対応とします。

原因食物 該当に☑	対応区分	ア・イいずれかに☑
☐ 1. 鶏卵	学校給食の対応	原因食物の摂取の状況
	☐ ア 鶏卵を含む調理場で加熱したものは全て配膳する。 ☐ イ 鶏卵(うずら卵を含む)を含むものは全て配膳しない。	ゆでたまご1個は安全に食べられる。 ただし、プリンやマヨネーズ等加熱の状況によって食べられない食品がある。 ゆでたまご1個を食べられない。
	備考 ※パンは卵を使用していません。 ※生卵は提供しません。調理場では全て75℃1分以上で加熱しています。	
☐ 2. 牛乳・乳製品	学校給食の対応	原因食物の摂取の状況
	☐ ア 飲用牛乳は、お茶に代替(別途申請が必要)その他の乳を含むものは全て配膳する。 ☐ イ 飲用牛乳は、お茶に代替(別途申請が必要)乳を含むものは全て配膳しない。	200ml相当の乳は摂取できる。 200ml相当の乳を摂取できない。 乳の含まれる献立を食べられない。
	備考 ※献立1食当たりの乳使用量(飲用牛乳を除く)は、200ml以下です。	
☐ 3. 果物・野菜	学校給食の対応	原因食物の摂取の状況
	☐ ア 生食は配膳しない。それ以外は全て配膳する。 ☐ イ 原因食物となる果物・野菜を含むものは全て配膳しない。	生では食べられないが、加工品の原材料に使用されているものは全て食べられる。【加工品】缶詰、ジャム、ゼリー、調味料、カレールーなど製造工程で加熱処理があるもの 加工品でも調理方法や量によって食べられないものがある。
	備考 ※給食で生野菜は提供しませんが、生の果物は提供します。	

記載日 令和 年 月 日

医師氏名
(署名または押印)

㊞

医療機関名

裏

学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)【豊田市版】

※赤枠内は保護者が記入し、学校に提出してください。表面に記載しており、内容に変更がない場合は名前のみご記入ください。

フリガナ 名前	性 別	☐ 男 ☐ 女	生年 月 日	☐ 平成 ☐ 令和 ☐ 西暦	満年齢 歳	提出日	令和 年 月 日	学校 年 組
------------	--------	--	-----------	---	----------	-----	----------	--------

緊急時連絡用 ★保護者電話 (続柄)

●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及び関係者で共有することに同意します。

保護者署名: _____

緊急時連絡用 ★医療機関名 電話

気管支ぜん息 (☐ あり・ ☐ なし)	病型・治療		学校生活上の留意点	
	A. 症状のコントロール状態 ☐ 1. 良好 ☐ 2. 比較的良好 ☐ 3. 不良		A 運動(体育・部活動等) ☐ 1. 管理不要 ☐ 2. 管理必要	
	B-1. 長期管理薬(吸入) 薬剤名 投与量/日 ☐ 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 () ()		B 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	
	B-2. 長期管理薬(内服) 薬剤名 ☐ 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 () ☐ 2. その他 ()		C 宿泊を伴う校外活動 ☐ 1. 管理不要 ☐ 2. 管理必要	
	B-3. 長期管理薬(注射) 薬剤名 ☐ 1. 生物学的製剤 ()		D その他の配慮・管理事項(自由記載)	
	C. 発作時の対応 薬剤名 投与量/日 ☐ 1. ベータ刺激薬吸入 () () ☐ 2. ベータ刺激薬内服 () ()			
	記載日 令和 年 月 日			
	医師氏名 (署名または押印) ㊞		医療機関名	

アトピー性皮膚炎 (☐ あり・ ☐ なし)	病型・治療		学校生活上の留意点	
	A. 重症度のめやす(厚生労働科学研究班) ☐ 1. 軽症: 面積に関わらず、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		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-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 動物との接触 ☐ 1. 管理不要 ☐ 2. 管理必要	
	B-2. 常用する内服薬 ☐ 1. 抗ヒスタミン薬 ☐ 2. その他 ()		C 発汗後 ☐ 1. 管理不要 ☐ 2. 管理必要	
	C. 常用する注射薬 ☐ 1. 生物学的製剤		D その他の配慮・管理事項(自由記載)	
	記載日 令和 年 月 日			
	医師氏名 (署名または押印) ㊞		医療機関名	

アレルギー性結膜炎 (☐ あり・ ☐ なし)	病型・治療		学校生活上の留意点	
	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 ()		A プール指導 ☐ 1. 管理不要 ☐ 2. 管理必要	
	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 ()		B 屋外活動 ☐ 1. 管理不要 ☐ 2. 管理必要	
	記載日 令和 年 月 日		C その他の配慮・管理事項(自由記載)	
	医師氏名 (署名または押印) ㊞			

アレルギー性鼻炎 (☐ あり・ ☐ なし)	病型・治療		学校生活上の留意点	
	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		A 屋外活動 ☐ 1. 管理不要 ☐ 2. 管理必要	
	B. 治療 ☐ 1. 抗ヒスタミン・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()		B その他の配慮・管理事項(自由記載)	
	記載日 令和 年 月 日			
	医師氏名 (署名または押印) ㊞		医療機関名	