

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 ( ) 歳

学校 \_\_\_\_\_ 年 組

※この生活管理指導表は、学校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																																																																						
<b>A. 食物アレルギー病型</b> 該当型の口欄に✓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		<b>A. 給食</b> <small>※給食では安全性を最優先し完全除去対応を行います。</small> <input type="checkbox"/> 管理不要(食べる) <input type="checkbox"/> 管理必要																																																																						
<b>B. 原因食物・診断根拠</b> 該当する食品の口欄に✓をし、かつ診断根拠の番号欄に○を記載 <table border="1"> <thead> <tr> <th>原因食物および診断根拠</th> <th>①</th> <th>②</th> <th>③</th> <th>④</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 鶏卵</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="10">                     長期休業時には②食物負荷試験についてもご検討ください。                      ≪診断根拠≫ 該当するものすべてに○を記載                      ①明らかな症状の既往                      ②食物経口負荷試験陽性                      ③IgE抗体等検査結果陽性                      ④未摂取                 </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 小麦</td> <td></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"/> 甲殻類</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></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 果物類</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 魚類</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 肉類</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他1( )</td> <td></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></td> <td>⇒(具体的食品名 )</td> </tr> </tbody> </table>		原因食物および診断根拠	①	②	③	④		<input type="checkbox"/> 鶏卵					長期休業時には②食物負荷試験についてもご検討ください。 ≪診断根拠≫ 該当するものすべてに○を記載 ①明らかな症状の既往 ②食物経口負荷試験陽性 ③IgE抗体等検査結果陽性 ④未摂取	<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"/> 甲殻類					<input type="checkbox"/> 種実類・木の実類					<input type="checkbox"/> 果物類					<input type="checkbox"/> 魚類					<input type="checkbox"/> 肉類					<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 )	<b>C. 運動(体育・部活動等)</b> <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 管理必要	
原因食物および診断根拠	①	②	③	④																																																																				
<input type="checkbox"/> 鶏卵					長期休業時には②食物負荷試験についてもご検討ください。 ≪診断根拠≫ 該当するものすべてに○を記載 ①明らかな症状の既往 ②食物経口負荷試験陽性 ③IgE抗体等検査結果陽性 ④未摂取																																																																			
<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"/> 甲殻類																																																																								
<input type="checkbox"/> 種実類・木の実類																																																																								
<input type="checkbox"/> 果物類																																																																								
<input type="checkbox"/> 魚類																																																																								
<input type="checkbox"/> 肉類																																																																								
<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 )																																																																			
		<b>D. 宿泊を伴う校外活動</b> <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 管理必要																																																																						
		<b>E. 原因食物を除去する場合、より厳しい除去が必要なもの</b> ※本欄にチェック✓がついた場合、該当する食品を使用した料理について給食での対応が困難となる場合があります。 <input type="checkbox"/> 鶏卵:卵殻カルシウム <input type="checkbox"/> 牛乳:乳糖・乳清焼成カルシウム <input type="checkbox"/> 小麦:醤油・酢・みそ <input type="checkbox"/> 大豆:大豆油・醤油・みそ <input type="checkbox"/> ゴマ:ゴマ油 <input type="checkbox"/> 魚類:かつおだし・いりこだし・魚醤 <input type="checkbox"/> 肉類:エキス																																																																						
		<b>F. その他配慮・管理事項(自由記述)</b>																																																																						
<b>C. アナフィラキシー病型</b> 該当型の口欄に✓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>【緊急連絡先】</b> ≪保護者≫ 電話: ≪緊急時搬送医療機関≫ 医療機関名:  電話:																																																																						
<b>D. 緊急時に備えた処方薬</b> <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( )		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____ (印)																																																																						
●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学校の全職員及び関係 機関等で共有することに同意します。 保護者氏名 _____																																																																								

アナフィラキシー既往歴(あり・なし)

様式 1

熊本市教育委員会「(公財)日本学校保健会作成より一部改変」