

学校生活管理指導表(食物アレルギー用)

提出日 平成 年 月 日

氏名 男・女 平成 年 月 日生 ()歳

学校 年 組

病型・治療				学校生活上の留意点	
A. 食物アレルギー病型 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				A. 給食 <input type="checkbox"/> 管理不要(食べる) <input type="checkbox"/> 保護者と相談し決定	
B. 原因食物・診断根拠 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 <small>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。</small>				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	
原因食物および診断根拠	①	②	③	※給食では安全性を最優先し完全除去対応を行います。 E. その他の配慮 (保護者との打合せ時の具体的配慮事項等をご記入下さい)	
<input type="checkbox"/> 鶏卵					
<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					
<input type="checkbox"/> 甲殻類(エビ・カニ)					
<input type="checkbox"/> 果物類					
<input type="checkbox"/> 魚類					
<input type="checkbox"/> 肉類					
<input type="checkbox"/> その他1()					
<input type="checkbox"/> その他2()					
<<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食物負荷試験陽性 ③IgE抗体等検査結果陽性				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	
C. アナフィラキシー病型 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()				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	
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()				【緊急連絡先】 <<保護者>> 電話: <<緊急時搬送医療機関>> 医療機関名: 電話: 記載日 年 月 日 医師名 医療機関名	

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」

● 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ことに同意します。

保護者署名 : _____

