

# 学校生活管理指導表（食物アレルギー用）

【京都府医師会推奨】

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 \_\_\_\_\_ 立 \_\_\_\_\_ 学校 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 組

病型・治療	学校生活上の留意点	☆保護者 電話：  ☆連絡医療機関 医療機関名  緊急連絡先  電話：																																														
<b>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)</b> 1 即時型 < アナフィラキシーの既往がある場合は⇒( _____ 年前) > 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	<b>A 給食</b> 1 管理不要 2 保護者と相談し決定 <b>B 食物・食材を扱う授業・活動</b> 1 配慮不要 2 保護者と相談し決定																																															
<b>B 原因物質・除去根拠</b> 該当する食品の番号に○をし、かつ<>内に除去根拠を記載 除去根拠 食物摂取により経験した症状	<b>C 運動(体育・部活動等)</b> 1 管理不要 2 保護者と相談し決定 <b>D 宿泊を伴う校外活動</b> 1 配慮不要 2 食事やイベントの際に配慮が必要																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">1 鶏卵</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">&lt;&gt;</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">( )</td> <td rowspan="15" style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;">                     [除去根拠]                      該当するものすべてを                      &lt;&gt;内に記載。                      ① 明らかな症状の既往                      ② 食物経口負荷試験陽性                      ③ IgE 抗体など検査結果が陽性                 </td> </tr> <tr><td>2 牛乳・乳製品</td><td style="text-align: center;">&lt;&gt;</td><td style="text-align: center;">( )</td></tr> <tr><td>3 小麦</td><td style="text-align: center;">&lt;&gt;</td><td style="text-align: center;">( )</td></tr> <tr><td>4 ソバ</td><td style="text-align: center;">&lt;&gt;</td><td style="text-align: center;">( )</td></tr> <tr><td>5 ピーナッツ</td><td style="text-align: center;">&lt;&gt;</td><td style="text-align: center;">( )</td></tr> <tr><td>6 種実類・木の実類</td><td style="text-align: center;">&lt;&gt;</td><td style="text-align: center;">( )</td></tr> <tr><td>7 甲殻類(エビ・カニ)</td><td style="text-align: center;">&lt;&gt;</td><td style="text-align: center;">( )</td></tr> <tr><td>8 果物類( )</td><td style="text-align: center;">&lt;&gt;</td><td style="text-align: center;">( )</td></tr> <tr><td>9 魚類( )</td><td style="text-align: center;">&lt;&gt;</td><td style="text-align: center;">( )</td></tr> <tr><td>10 肉類( )</td><td style="text-align: center;">&lt;&gt;</td><td style="text-align: center;">( )</td></tr> <tr><td>11 大豆</td><td style="text-align: center;">&lt;&gt;</td><td style="text-align: center;">( )</td></tr> <tr><td>12 ゴマ</td><td style="text-align: center;">&lt;&gt;</td><td style="text-align: center;">( )</td></tr> <tr><td>13 軟体類・貝類( )</td><td style="text-align: center;">&lt;&gt;</td><td style="text-align: center;">( )</td></tr> <tr><td>14 その他1( )</td><td style="text-align: center;">&lt;&gt;</td><td style="text-align: center;">( )</td></tr> <tr><td>15 その他2( )</td><td style="text-align: center;">&lt;&gt;</td><td style="text-align: center;">( )</td></tr> </table>	1 鶏卵		<>	( )	[除去根拠] 該当するものすべてを <>内に記載。 ① 明らかな症状の既往 ② 食物経口負荷試験陽性 ③ IgE 抗体など検査結果が陽性	2 牛乳・乳製品	<>	( )	3 小麦	<>	( )	4 ソバ	<>	( )	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 大豆	<>	( )	12 ゴマ	<>	( )	13 軟体類・貝類( )	<>	( )	14 その他1( )	<>	( )	15 その他2( )	<>	( )	<b>E その他の配慮・管理事項 (自由記載)</b>
1 鶏卵	<>		( )	[除去根拠] 該当するものすべてを <>内に記載。 ① 明らかな症状の既往 ② 食物経口負荷試験陽性 ③ IgE 抗体など検査結果が陽性																																												
2 牛乳・乳製品	<>	( )																																														
3 小麦	<>	( )																																														
4 ソバ	<>	( )																																														
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 大豆	<>	( )																																														
12 ゴマ	<>	( )																																														
13 軟体類・貝類( )	<>	( )																																														
14 その他1( )	<>	( )																																														
15 その他2( )	<>	( )																																														
<b>C 緊急時に備えた処方薬</b> 1 内服薬(薬品名: _____ ) 2 アドレナリン自己注射薬(「エピペン®」) 3 その他(薬品名: _____ )	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ (印) 医療機関名 _____ 本診断書の内容については、年度毎に再評価が必要です。 ( 次回提出予定日 : _____ 年 _____ 月 )																																															

○ 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 \_\_\_\_\_