学校生活管理指導表（食物アレルギー／アナフィラキシー）

提出日 令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(男・女)、 平成＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日生、 ＿＿＿年＿＿＿組

※この生活管理指導表は、学校の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。

アナフィラキシーの既往（ あり・なし ）、気管支喘息（ あり・なし ）

病型・治療

A．食物アレルギー病型

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

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．その他（昆虫・医薬品・ ）

C．原因食物・症状・除去根拠

該当する食品の番号に〇をし、8～15は( )の中の該当する項目に〇をするか、具体的に記載する。かつ【 】内に症状を、《 》内に除去根拠を記載する。

1．鶏卵	【 】	《 》
2．牛乳・乳製品	【 】	《 》
3．小麦	【 】	《 》
4．ソバ	【 】	《 》
5．ピーナッツ	【 】	《 》
6．大豆	【 】	《 》
7．ゴマ	【 】	《 》
8．甲殻類（全て･ｴﾋﾞ･ｶﾆ･ ）	【 】	《 》
9．木の実類（全て･ｸﾙﾐ･ｶｼｭｰ･ｱｰﾓﾝﾄﾞ･ ）	【 】	《 》
10．果物類（ｷｳｲ･ﾊﾞﾅﾅ･ ）	【 】	《 》
11．魚類（ｻﾊﾞ･ｻｹ･ ）	【 】	《 》
12．軟体類・貝類（ｲｶ･ﾀｺ･ﾎﾀﾃ･ ）	【 】	《 》
13．魚卵（ｲｸﾗ･ﾀﾗｺ･ ）	【 】	《 》
14．肉類（鶏･牛･豚･ ）	【 】	《 》
15．その他（ ）	【 】	《 》

症状：該当するものを全てを【 】内に記載
ⓐ ショック（意識もうろう、脈が触れにくい）
ⓑ 息がしにくい、 ⓒ 咳込み、 ⓓ 嘔吐・腹痛
ⓔ じんま疹、 ⓕ 顔や眼瞼、口唇などの腫れ
ⓖ かゆみ、 ⓗ その他

除去根拠：該当するものを全てを《 》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抗体等検査結果陽性
④ 未摂取

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（ ）

学校生活上の留意点

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

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

E．原因食物を除去する場合により厳しい除去が必要なもの

※本欄に〇がついた場合、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

F．その他の配慮・管理事項（自由記述）

緊急連絡先

★保護者	★連絡医療機関
電話	医療機関名 電話

記載日：令和　　年　　月　　日

医療機関名

医師名　　㊞

●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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

編集 ： 山形県小児科医会、編集協力 ： 山形大学医学部附属病院小児科（2020年7月作成）