

名前 _____ 男・女 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳) _____ 学校 _____ 年 _____ 組 提出日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病型・治療		学校生活上の留意点		<div style="background-color: #f08080; padding: 5px;">★保護者 電話： _____</div> <div style="background-color: #f08080; padding: 5px;">★連絡医療機関 医療機関名： _____</div> <div style="padding: 5px;">電話： _____</div>		
気管支ぜん息 (あり・なし)	A. 重症度分類 (発作型) 1. 間欠型 2. 軽症持続型 3. 中等症持続型 4. 重症持続型	C. 急性発作治療薬 1. ベータ刺激薬吸入 2. ベータ刺激薬内服	A. 運動 (体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. 強い運動は不可		【緊急時連絡先】	
	B-1. 長期管理薬 (吸入薬) 1. ステロイド吸入薬 2. 長時間作用性吸入ベータ刺激薬 3. 吸入抗アレルギー薬 (「インタール®」) 4. その他 (_____)	D. 急性発作時の対応 (自由記載)	B. 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名 (_____)			
	B-2. 長期管理薬 (内服薬・貼付薬) 1. テオフィリン徐放製剤 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 3. ベータ刺激内服薬・貼付薬 4. その他 (_____)		C. 宿泊を伴う校外活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定			
			D. その他の配慮・管理事項 (自由記載)			
病型・治療		学校生活上の留意点		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
アトピー性皮膚炎 (あり・なし)	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、軽度の皮疹のみみられる。 2. 中等症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満にみられる。 3. 重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満にみられる。 4. 最重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上にみられる。 <small>*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</small>		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. 保護者と相談し決定	C. 発汗後 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. (学校施設で可能な場合) 夏季シャワー浴	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
	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-2. 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他 (_____)	C. 食物アレルギーの合併 1. あり 2. なし	B. 動物との接触 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名 (_____)	D. その他の配慮・管理事項 (自由記載)	医師名 _____ (印)
					医療機関名 _____	(印)
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		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
	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. 保護者と相談し決定 3. プールへの入水不可		医師名 _____ (印)	
	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. 保護者と相談し決定		医療機関名 _____	
			C. その他の配慮・管理事項 (自由記載)			

名前 _____ 男・女 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生（ _____ 歳） 学校 _____ 年 _____ 組 提出日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病型・治療		学校生活上の留意点	<div style="background-color: #ffcccc; padding: 5px;"> ★保護者 電話： _____ </div> <div style="background-color: #ffcccc; padding: 5px; margin-top: 5px;"> ★連絡医療機関 医療機関名： _____ </div> <div style="background-color: #ffcccc; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 電話： _____ </div>
アナフィラキシー 食物アレルギー <small>（あり・なし） （あり・なし）</small>	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. 保護者と相談し決定	
	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（ _____）	B. 食物・食材を扱う授業・活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定	
	C. 原因食物・診断根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に診断根拠を記載 1. 鶏卵 《 》 2. 牛乳・乳製品 《 》 3. 小麦 《 》 4. ソバ 《 》 5. ビーナッツ 《 》 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. その他1 《 》（ _____） 12. その他2 《 》（ _____）	C. 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	
	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（ _____）	D. 宿泊を伴う校外活動 1. 配慮不要 2. 食事やイベントの際に配慮が必要	
	E. その他の配慮・管理事項（自由記載）	E. その他の配慮・管理事項（自由記載）	
病型・治療		学校生活上の留意点	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
アレルギー性鼻炎 <small>（あり・なし）</small>	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. 保護者と相談し決定	医師名 _____ (印)
	B. 治療 1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬（内服） 2. 鼻噴霧用ステロイド薬 3. その他（ _____）	B. その他の配慮・管理事項（自由記載）	医療機関名 _____

●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： _____