

# 学校生活管理指導表(食物アレルギー・アナフィラキシー疾患用)

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

食物アレルギー (あり・なし)	アナフィラキシー (あり・なし)	病型・治療		学校生活上の留意点		緊急時連絡先
		<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 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. 管理必要		
<b>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)</b> 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>B. 食物・食材を扱う授業・活動</b> 1. 管理不要                      2. 管理必要		★連絡医療機関 医療機関名： _____  電話： _____		
<b>C. 原因食物・診断根拠</b> 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. ピーナッツ 《                      》 6. 甲殻類                      《                      》 (                      ) 7. 木の実類                      《                      》 (                      ) 8. 果物類                      《                      》 (                      ) 9. 魚類                      《                      》 (                      ) 10. 肉類                      《                      》 (                      ) 11. その他 1                      《                      》 (                      ) 12. その他 2                      《                      》 (                      )		<b>C. 運動 (体育・部活動等)</b> 1. 管理不要                      2. 管理必要			記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
<b>D. 緊急時に備えた処方薬</b> 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 ( _____ )		<b>D. 宿泊を伴う校外活動</b> 1. 管理不要                      2. 管理必要		医師名 _____ (印)		
<b>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</b> ※本欄に○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		<b>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</b> ※本欄に○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			医療機関名 _____	
<b>F. その他の配慮・管理事項 (自由記載)</b> _____ _____ _____		<b>F. その他の配慮・管理事項 (自由記載)</b> _____ _____ _____				

[診断根拠] 該当するものを《 》内に記載  
 ①明らかな症状の既往                      ②食物負荷試験陽性  
 ③IgE抗体検査等結果陽性                      ④未摂取

●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、本票に記載された内容を学校の全教職員及び関係機関等で共有することに同意します。

保護者署名： \_\_\_\_\_