

※受診前にお読みください。

記入例

(伊那市様式7)
(別紙様式14の3)

情報提供先学校名
学校医等 殿

こちらには学校医が記載されていますが、受診はいつものかかりつけ医で差し支えありません。

名前・性別・生年月日・学年をご確認ください。

学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)

受診後、提出日を家庭でご記入ください。

名前 (男・女) 年 月 日生 年 組 提出日 年 月 日

※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。

病型・治療		学校生活上の留意点	
アナフィラキシー (あり・なし)	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. 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	★保護者 電話: ★連絡医療機関 医療機関名: 電話: 【緊急時連絡先】 記載日 年 月 日 医師名 医療機関名
	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	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	
食物アレルギー (あり・なし)	C 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に除去根拠を記載 1. 鶏卵 《 》 [除去根拠] 該当するものを《 》内に記載 2. 牛乳・乳製品 《 》 ① 明らかな症状の既往 ② 食物経口負荷試験陽性 3. 小麦 《 》 ③ IgE抗体等検査結果陽性 ④ 未摂取 4. ソバ 《 》 ()に具体的な食品名を記載 5. ビーナッツ 《 》 6. 甲殻類 《 》 (すべて・エビ・カニ) 7. 木の实類 《 》 (すべて・クルミ・カシュー・アーモンド) 8. 果物類 《 》 9. 魚類 《 》 10. 肉類 《 》 11. その他1 《 》 12. その他2 《 》	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○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)	
	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		

緊急時保護者連絡先は保護者の方がご記入ください。

医療機関部分は医師に記入してもらってください。

緊急時連絡先の医療機関は地域の救急医療機関等を記入すること考えられるため、必要に応じて相談し、記入してもらってください。

学校における日常の取組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。

保護者氏名

緊急時などの対応のため、記載された情報を教職員および関係機関で共有する必要があります。必ず保護者の方の署名をお願いします。