

■ 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

佐伯市教育委員会

名前 _____ 男・女 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日生（ ____ 歳） _____ 学校（幼稚園） _____ 年 ____ 月 ____ 日 組

病型・治療		学校生活上の留意点	★保護者
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) A. 即時型 1. 口腔アレルギー症候群 2. 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. 昆虫 5. 医薬品 6. その他()		A. 給食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 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. 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 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)	電話: ★連絡医療機関 医療機関名:
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. ピーナッツ 《 》 5. 種実類・木の実類 《 》 6. 甲殻類(エビ・カニ) 《 》 7. ソバ 《 》 8. 果物類 《 》 9. 魚類 《 》 10. 肉類 《 》 11. その他1 《 》 12. その他2 《 》 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(「エピペン®」) 3. その他()		【緊急時連絡先】 記載日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____	電話: ★連絡医療機関 医療機関名:

● 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。

提出日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

保護者署名 _____ (印)