資料３名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　男・女　平成＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日生（＿＿＿歳）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿学校＿＿＿年＿＿＿組　提出日平成＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)

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

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

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　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　ピーナッツ　（　　）

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　（　　）（　　）

[診断根拠]該当するもの全てを(　)内に記載

①　明らかな症状の既往

②　食物負荷試験陽性

③　ＩｇＥ抗体等検査結果陽性

D　緊急時に備えた処方箋

1　内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬）

2　アドレナイン自己注射薬（「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　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）

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）

緊急時連絡先

★保護者

電話：

★連絡医療機関

医療機関名：

電話：

記載日

年　　月　　日

医師名

印

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か。

1　同意する　　2　同意しない　　保護者署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿