

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

<b>学校生活管理指導表（アレルギー疾患等用）（報告書）</b> <b>食物アレルギー（あり・なし）</b> <b>アナフィラキシー（あり・なし）</b>	<b>病型・治療</b>	<b>学校生活上の留意点</b>	<b>★保護者</b> <b>電話:</b>  <b>★連絡医療機関</b> <b>医療機関名:</b>  <b>電話:</b>	
	<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. 口腔アレルギー症状群 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. 保護者と相談し決定		<b>【緊急時連絡先】</b> 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____
	<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. 医療品 _____ ) 6. その他( _____ )	<b>B. 食物・食材を扱う授業・活動</b> 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定		
	<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. 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 《 》 ( _____ )	<b>C. 運動(体育・部活動等)</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定		
<b>D. 緊急時に備えた処方薬</b> 1. 内服液(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( _____ )	<b>D. 宿泊を伴う校外活動</b> 1. 配慮不要 2. 食事やイベントの際に配慮が必要	<b>E. その他の配慮・管理事項(自由記載)</b>		
<b>以外のアレルギー疾患</b>	<b>E. 学校給食の対応が必要な状態と原因食物</b> 1. 乳糖不耐症 _____ 3. その他 _____ 2. 治療薬との併用注意(例 カルバマゼピン内服中のグレープフルーツ) 原因食物《 _____ 》	<b>学校生活上の留意点</b>	<b>除去の程度</b> 完全除去 _____ 少量なら可 _____ 加熱すれば可 _____	
<b>以外のアレルギー疾患</b>	<b>F. 摂取した場合の症状や対処法</b>	《上記A～E欄に記入してください。》		

「診断根拠」該当するものを全て《 》内に記載  
 ①明らかな症状の既往  
 ②食物負荷試験陽性  
 ③IgE抗体等検査結果陽性