

(様式1)

学校生活管理指導表(食物アレルギー)

名前 \_\_\_\_\_ 男・女 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生( \_\_\_\_\_ 歳) \_\_\_\_\_ 学校 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 組 提出日 平成 \_\_\_\_\_ 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. 保護者と相談し決定	☆保護者連絡先 電話番号: 自宅( _____ ) 携帯( _____ )
<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(原因): 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. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定  <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	☆保護者職場 名称( _____ ) 電話番号( _____ )  ☆緊急連絡先 名称( _____ ) 電話番号( _____ )
<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(野菜類) < _____ > ( _____ ) 12. その他2(穀類・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>	★連絡医療機関 医療機関名: 指定(あり・なし)   電話( _____ )
<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( _____ )		記載日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関名・住所・電話・医師名 _____ ⑩

[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 I g E 抗体等検査結果陽性

☆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。

保護者名: \_\_\_\_\_ ⑩