

学校生活管理指導表【食物アレルギー・気管支喘息用】 岐阜県

学校名		氏名		生年月日	
-----	--	----	--	------	--

保護者の方へ

- *この管理指導表は学校生活において配慮が必要だと思われる場合に使用されるものであり、主治医の先生に記入していただいでください。
- *学校における日常の取組および緊急時の対応に活用するために、本票に記載された内容を学校の全教職員および関係機関などで共有することに同意します

署名

主治医の先生へ（管理表記入の際の参考にしてください）

学校生活管理指導表（食物アレルギー）活用の手引き

「病型・治療」について

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：原因食物を食べて2時間以内に症状が出現した場合です。
2. 口腔アレルギー症候群：果物や野菜、木の実類に対するアレルギーに多い病型で、食後5分以内に口唇や口腔内の症状（のどのかゆみ、ヒリヒリするイガイガする、腫れぼったいなど）が出現します。多くは局所の症状だけで回復に向かいます。花粉に対するアレルギーに伴って発症することがよくあります。
3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー：原因となる食物を摂取した後、通常は2～4時間以内に一定量の運動をすることによって、アナフィラキシー症状が出現します。アナフィラキシーの診断は、後述しますので参照してください。

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）

アナフィラキシーの既往がある場合には、それが乳児期に出現した場合であってもここに記載されています。既往があっても現時点でその食物を摂取することができている場合もありますので、アナフィラキシーの既往のある食物すべてが除去というわけではありません。

アナフィラキシーの診断基準はいろいろありますが、使いやすいものとして日本小児アレルギー学会が提唱した基準が挙げられます。すなわち、食物アレルギー症状の重症度分類の表の中で、グレード3（重症）の症状が一つでもあり、そのほかの臓器にグレード1（軽症）またはグレード2（中等症）の症状が一つでもあればアナフィラキシーと診断されます。あるいは、グレード2（中等症）の症状が複数臓器に認められた場合にもアナフィラキシーと診断されます。また、急速に血圧が低下した場合、ほかに症状が見られなくてもアナフィラキシーショックと診断

されます。アナフィラキシーは命に危険を及ぼすような状態ですので、しっかり理解しておいていただく必要があります。

1. 食物（原因）：アナフィラキシーをきたした原因食物が記載されています。
2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー：原因を書く欄はありませんが、原因となった食物が記載されています。
3. 運動誘発アナフィラキシー：運動によって誘発されたアナフィラキシーです。食物との関連はありません。
4. 昆虫：蜂などによって発症したアナフィラキシーです。わかる場合には蜂の種類など、原因が記載されています。
5. 医薬品：医薬品が原因の場合です。原因となった医薬品が記載されています。
6. その他：ラテックスなどそのほかの原因で発症したアナフィラキシーの場合には、ここに記載されています。

C 原因食物・診断根拠

ここでは給食で除去食対応などの管理が必要な食物について記載されています。血液検査の特異IgE値は臨床上、参考になり、診療に必要な時に行う検査ですが、この指導表を作成する際に必須というものではありません。

原因となった食物の番号に○が付いています。その診断根拠を、①明らかな症状の既往、②食物負荷試験、③IgE抗体等検査陽性で示されています。皮膚試験で陽性の場合も、③で示されています。重症患児で除去食物が多く、その食品を摂取したことがない場合は④《未摂取》と記載されています。給食で除去食対応など、配慮をお願いします。

D 緊急時に備えた処方薬

医療機関で処方された薬を薬局で受け取る際に、後発品である場合など、商品名が違っていることがあります。またセレスタミンのような「抗ヒスタミン薬」と「ステロイド薬」の合剤の場合、この両方に○が付いていても1剤ですので、注意してください。エビペン®が処方されている場合は0.15mgか0.3mgの記載もしてください。

「学校生活上の留意点」について

A 給食、 B 食物・食材を扱う授業・活動、 C 運動（体育・部活動等） D 宿泊を伴う校外活動について、管理不要か、管理必要を主治医が判断してください。

E 原因物質を除去する場合に、より厳しい除去が必要なものに、該当するものがあれば記入してください。ただし、一般的にはその食品にアレルギーがあっても一般的に摂取可能である場合が多いものが列挙されています。ここに記入があるということは厳格な管理を必要とする重症であるということを示します。

F その他の配慮・管理事項

自由記載で留意点が記載されています。加熱卵の摂取は可能であり、給食では管理が必要ない場合でも、調理実習や修学旅行などで生卵や半熟卵の摂取や扱いに注意が必要な場合は、ここに記載されています。

「緊急時連絡先」

連絡医療機関に記載する医療機関名は、緊急時の対応医療機関です。この管理表を記載された医療機関の場合もありますが、主治医の医療機関が入院施設でない場合、入院は可能であるが遠方である場合は、緊急時の救急搬送の受け入れ先として学校近くの入院可能な医療機関が望まれます。事前に患児がその医療機関を受診していれば連携しやすくなります。

緊急時連絡先が空欄の場合は、搬送先は救急隊員の判断になります。

またエビペン®を所持している場合など、自治体によっては保護者の同意のもと、事前に救急隊に情報提供しておくことが可能な場合もあります。

*アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎について対応が必要であれば別途、指導管理表（別様式）を提出してください。

学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)

名前 (男・女) 年 月 日生 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。

アナフィラキシー (あり・なし) 食物アレルギー (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・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 《 》 2. 牛乳・乳製品 《 》 3. 小麦 《 》 4. ソバ 《 》 5. ピーナッツ 《 》 6. 甲殻類 《 》 7. 木の実類 《 》 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箋 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 ()	学校生活上の留意点 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 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 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)	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	医療機関名	

気管支ぜん息 (あり・なし) (公財)日本学校保健会 作成	病型・治療 A 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良 B-1 長期管理薬(吸入) 薬剤名 投与量/日 1. ステロイド吸入薬 () () 2. ステロイド吸入薬/長時間作用性吸入ベータ刺激薬配合剤 () () 3. その他 () () B-2 長期管理薬(内服) 薬剤名 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 () 2. その他 () B-3 長期管理薬(注射) 薬剤名 1. 生物学的製剤 () C 発作時の対応 薬剤名 投与量/日 1. ベータ刺激薬吸入 () () 2. ベータ刺激薬内服 () ()	学校生活上の留意点 A 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要 B 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 1. 管理不要 2. 管理必要 C 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 D その他の配慮・管理事項(自由記述)	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	医療機関名	

名前 (男・女)

小学校	年 組	・変更なし ・変更あり (ありの場合は変更内容を記入してください)	記載日： 年 月 日 医療機関名・医師名
	年 組	・変更なし ・変更あり (ありの場合は変更内容を記入してください)	記載日： 年 月 日 医療機関名・医師名
	年 組	・変更なし ・変更あり (ありの場合は変更内容を記入してください)	記載日： 年 月 日 医療機関名・医師名
	年 組	・変更なし ・変更あり (ありの場合は変更内容を記入してください)	記載日： 年 月 日 医療機関名・医師名
	年 組	・変更なし ・変更あり (ありの場合は変更内容を記入してください)	記載日： 年 月 日 医療機関名・医師名
	年 組	・変更なし ・変更あり (ありの場合は変更内容を記入してください)	記載日： 年 月 日 医療機関名・医師名
中学校	年 組	・変更なし ・変更あり (ありの場合は変更内容を記入してください)	記載日： 年 月 日 医療機関名・医師名
	年 組	・変更なし ・変更あり (ありの場合は変更内容を記入してください)	記載日： 年 月 日 医療機関名・医師名
	年 組	・変更なし ・変更あり (ありの場合は変更内容を記入してください)	記載日： 年 月 日 医療機関名・医師名