



アレルギー疾患用

学校生活管理指導表

(平成27年度改訂版)

主治医 様

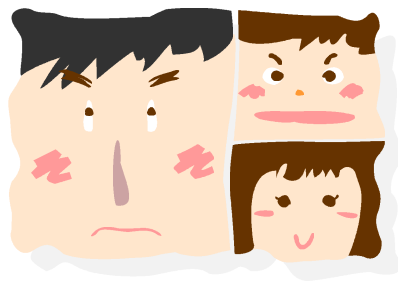
学校(園)における子どもの健康管理を適切に行うために、「アレルギー疾患用学校生活管理指導表」を作成しましたので、必要事項について御記入をお願いいたします。

その後、保護者から学校(園)に提出し、健康管理のために活用します。

なお、症状などの状況に応じて指導内容に変更などがある場合は再度御記入をお願いいたします。

【様式】

1. 気管支ぜん息
2. アトピー性皮膚炎
3. アレルギー性結膜炎
4. アレルギー性鼻炎
- 5-1. 食物アレルギー・アナフィラキシー
- 5-2. 食物アレルギー・アナフィラキシー発症時の対応



名 前							性 別	男・女
生 年 月 日	平成	年	月	日	生まれ			
学 校(園) 名								
学 年	1	2	3	4	5	6		
組								

*この欄は学校で記入してください。

群馬県教育委員会
群馬県医師会

1 【気管支ぜん息】

(あり・なし)

〔病型・治療〕 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

A. 重症度分類 (発作型)	B-1 長期管理薬 (吸入薬)	B-2 長期管理薬 (内服薬・貼付薬)
1. 間欠型 2. 軽症持続型 3. 中等症持続型 4. 重症持続型	1. ステロイド吸入薬 2. 長期間使用吸入ベータ刺激薬 3. 吸入抗アレルギー薬 (インターール®) 4. その他 ()	1. テオフィリン徐放製剤 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 3. ベータ刺激薬 内服・貼付 4. その他 ()
C. 急性発作治療薬	D. 急性発作時の対応 (具体的に記入してください。)	
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〕 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

A. 運動 (体育・部活動等)	B. 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動	C. 宿泊を伴う校外活動
1. 運動制限はない(管理不要) 2. 強い運動は不可 [] 3. 保護者等と相談する★	1. 特別な配慮は不要 2. 動物へのアレルギーが強いため不可 [動物名:] 3. 保護者等と相談する★	1. 特別な配慮は不要 2. 保護者等と相談する★
D. 配慮事項や管理事項について (★印に○をつけた場合は具体的に記入してください。)		

◇◇◇緊急時連絡先◇◇◇	
保護者名前	
電話番号	

医療機関名 :	
電話番号 :	
医師名 :	印
記載日 :	年 月 日

※変更ありの際は、変更内容を(空欄に) 記載願います。

受診年月日	病型・治療	学校生活上の留意点
	変更なし 変更あり	変更なし・ 変更あり (追加あり・管理不要)
----- 医療機関名 医師名		
	変更なし 変更あり	変更なし・ 変更あり (追加あり・管理不要)
----- 医療機関名 医師名		
	変更なし 変更あり	変更なし・ 変更あり (追加あり・管理不要)
----- 医療機関名 医師名		
	変更なし 変更あり	変更なし・ 変更あり (追加あり・管理不要)
----- 医療機関名 医師名		
	変更なし 変更あり	変更なし・ 変更あり (追加あり・管理不要)
----- 医療機関名 医師名		

※変更ありの際は、変更内容を(空欄に) 記載願います。

受診年月日	病型・治療	学校生活上の留意点
	変更なし 変更あり	変更なし・ 変更あり (追加あり・管理不要)
----- 医療機関名 医師名		
	変更なし 変更あり	変更なし・ 変更あり (追加あり・管理不要)
----- 医療機関名 医師名		
	変更なし 変更あり	変更なし・ 変更あり (追加あり・管理不要)
----- 医療機関名 医師名		
	変更なし 変更あり	変更なし・ 変更あり (追加あり・管理不要)
----- 医療機関名 医師名		
	変更なし 変更あり	変更なし・ 変更あり (追加あり・管理不要)
----- 医療機関名 医師名		

3【アレルギー性結膜炎】

(あり・なし)

〔病型・治療〕 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

A. 病 型	B. 治 療
1. 通年性アレルギー性結膜炎 2. 季節性アレルギー性結膜炎 (花粉症) 3. 春季カタル 4. アトピー性角結膜炎 5. その他 ()	1. 抗アレルギー点眼薬 2. ステロイド点眼薬 3. 免疫抑制点眼薬 4. その他 ()

〔学校生活上の留意点〕 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

A. プールでの指導	B. 屋外活動
1. 管理は不要 2. プールへの入水不可 3. 保護者等と相談する★	1. 管理は不要 2. 保護者等と相談する★
C. 配慮事項や管理事項について (★印に○を付けた場合は具体的に記入してください。)	

医療機関名：

電話番号：

医 師 名：

印

記 載 日： 年 月 日

※変更ありの際は、変更内容を(空欄に) 記載願います。

受診年月日	病型・治療	学校生活上の留意点
	変更なし 変更あり ----- 医療機関名 医師名	変更なし・ 変更あり (追加あり・管理不要)
	変更なし 変更あり ----- 医療機関名 医師名	変更なし・ 変更あり (追加あり・管理不要)
	変更なし 変更あり ----- 医療機関名 医師名	変更なし・ 変更あり (追加あり・管理不要)
	変更なし 変更あり ----- 医療機関名 医師名	変更なし・ 変更あり (追加あり・管理不要)
	変更なし 変更あり ----- 医療機関名 医師名	変更なし・ 変更あり (追加あり・管理不要)

4 【アレルギー性鼻炎】

(あり・なし)

〔病型・治療〕 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

A. 病 型	B. 治 療
1. 通年性アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎 (花粉症) [主な症状の時期] ・ 2月～5月 (スギ科) ・ 4月～7月 (イネ科) ・ 8月～10月 (キク科)	1. 抗アレルギー等 抗ヒスタミン薬等 ステロイド薬(短期) } の内服 2. 鼻噴霧用抗アレルギー薬 鼻噴霧用抗ステロイド薬 3. 減感作療法 4. 鼻粘膜焼灼・レーザー照射等 5. その他 ()

〔学校生活上の留意点〕 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

A. 屋外活動
1. 管理は不要 2. 花粉が多い時はマスク等を使用する 3. 保護者等と相談する★
B. 配慮事項や管理事項について (★印に○を付けた場合は具体的に記入してください。)

医療機関名：

電話番号：

医 師 名：

印

記 載 日： 年 月 日

※変更ありの際は、変更内容を(空欄に) 記載願います。

受診年月日	病型・治療	学校生活上の留意点
	変更なし 変更あり ----- 医療機関名 医師名	変更なし・ 変更あり (追加あり・管理不要)
	変更なし 変更あり ----- 医療機関名 医師名	変更なし・ 変更あり (追加あり・管理不要)
	変更なし 変更あり ----- 医療機関名 医師名	変更なし・ 変更あり (追加あり・管理不要)
	変更なし 変更あり ----- 医療機関名 医師名	変更なし・ 変更あり (追加あり・管理不要)
	変更なし 変更あり ----- 医療機関名 医師名	変更なし・ 変更あり (追加あり・管理不要)

5-1 【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〕 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

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入する)	B. アナフィラキシー病型 (アナフィラキシーありの場合のみ記入する)
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	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○印を付け、かつ《 》内に診断根拠を記入してください。	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 〔診断根拠〕 該当するもの全てを《 》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 </div>	
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 《 _____ 》
D. 緊急時の備えた処方薬	
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薬 (エピペン®) 3. その他 (_____)	

〔学校生活上の留意点〕 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

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
1. 管理は不要 2. 保護者等と相談する★	1. 特別な配慮は不要 2. 保護者等と相談する★	1. 管理は不要 2. 保護者等と相談する★	1. 特別な配慮は不要 2. 保護者等と相談する★
E. 配慮事項や管理事項について (★印に○を付けた場合は具体的に記入してください。)			

◇◇◇緊急時連絡先◇◇◇	
保護者名前	
電話番号	

医療機関名:	
電話番号:	
医師名:	印
記載日:	年 月 日

※変更あり・解除の際は、変更・解除内容を（空欄に）記載願います。

受診年月日	病型・治療	学校生活上の留意点
2年生	変更なし 変更あり	変更なし ・ 変更あり（解除・追加あり）

医療機関名 医師名		
3年生	変更なし 変更あり	変更なし ・ 変更あり（解除・追加あり）

医療機関名 医師名		
4年生	変更なし 変更あり	変更なし ・ 変更あり（解除・追加あり）

医療機関名 医師名		
5年生	変更なし 変更あり	変更なし ・ 変更あり（解除・追加あり）

医療機関名 医師名		
6年生	変更なし 変更あり	変更なし ・ 変更あり（解除・追加あり）

医療機関名 医師名		

食物アレルギー・アナフィラキシー発症時の対応

群馬県

氏名：_____ 平成 年 月 日生

緊急連絡先 ①氏名：_____ (続柄：) 電話番号()-()-()
 ②氏名：_____ (続柄：) 電話番号()-()-()

主治医：_____ 印 (病院名：)
 記載日：_____ 年 月 日

【症状と対応】



食べた時と症状が出た時間をチェック！
 安静にする！ 一人にしない！
症状が一つでもあれば積極的に治療しましょう！



の観察が大切！

軽症	部分的な赤みや蕁麻疹、軽い痒み	治療：抗ヒスタミン薬内服()
	単発の咳、くしゃみ	対応：症状が進行、または30分以上続くようなら ステロイド薬内服の上で医療機関を受診
	口の痒みや違和感、唇の軽い腫れ	
中等症	全身の赤みや蕁麻疹、強い痒み 蕁麻疹が10個以上、脛や唇が腫れ上がる	治療：抗ヒスタミン薬内服() ステロイド薬内服()
	鼻水、鼻づまり、咳を繰り返す、喉の痒み	対応：ただちに医療機関を受診 ★嘔吐が1回だけで他症状がなく、元気であれば 内服しなくてもよい ★症状が進行するようなら重症の対応を行う
	1回の嘔吐や下痢、腹痛	
重症	元気がない	治療：エピペンを使用した上で 可能なら ・抗ヒスタミン内服() ・ステロイド薬内服() 躊躇しない
	のどや胸が締めつけられる、声がかすれる 持続する強い咳き込み、犬が吠えるような咳 (ケンケン)、ゼーゼーする呼吸、息苦しい	
	繰り返して吐き続ける、持続する強い腹痛	
	唇や爪が青白い、脈を触れにくい・不規則 ぐったり、意識がもうろう、尿や便をもらす	対応：ただちに救急車で医療機関を受診 担架で移動

食物アレルギー診療ガイドライン2012に準拠

【エピペンRの使い方】

※患者が注射できない場合は代わりに園・学校の職員が注射してもよい。
 その際、医師法など法律には抵触しない

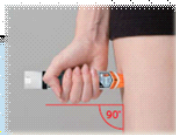
Step1 準備

携帯用ケースのカバーキャップを指で押し開け、注射器を取り出す。注射器を片手でしっかりと握り、もう片方の手で青色の安全キャップを外す。



Step2 注射

大腿部の前外側に垂直になるようにし、オレンジ色のニードルカバー先端を「カチッ」と音がするまで強く押し付ける。押し付けたまま数秒間待つ。注射器を大腿部から抜き取る。



Step3 確認

オレンジ色のニードルカバーが自動的に伸びたことをチェックし、正常に注射できたことを確認する。



平成 2 1 年 6 月 1 7 日初版発行

平成 2 4 年 3 月 1 6 日改訂版発行

平成 2 5 年 3 月 1 8 日改訂版発行

平成 2 5 年 9 月 1 1 日改訂版発行

平成 2 7 年 3 月 1 3 日改訂版発行

作成者 群馬県教育委員会・群馬県医師会