

情報提供先学校名 _____

学校医等 _____ 殿

児童生徒氏名 _____ 男・女 _____ 年 _____ 月 _____ 日生(_____ 歳)

学校 _____ 年 _____ 組

提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

函館市版「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」

病型・治療	学校生活上の留意点	※優先順は、下記に記載ください
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載) 該当する数字に○をしてください 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) 該当する数字に○をしてください 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 《 _____ 》 [除去根拠]該当するもの全てを《 》内に記載 2.牛乳・乳製品 《 _____ 》 ①明らかな症状の既往 ②食物経口負荷試験陽性 3.小麦 《 _____ 》 ③IgE抗体等検査結果陽性 ④未摂取 4.ソバ 《 _____ 》 (_____)に具体的な食品名を記載 5.ピーナッツ 《 _____ 》 6.甲殻類 《 _____ 》 (すべて・エビ・カニ _____) 7.木の実類 《 _____ 》 (すべて・クルミ・カシュー・アーモンド _____) 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(_____)	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(自由記載)	★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 _____

※ 以下は保護者の方がご記入ください
 <緊急時連絡先> 優先順にご記入ください

① 名 前
 電話番号
 携帯番号

② 名 前
 電話番号
 携帯番号

③ 名 前
 電話番号
 携帯番号

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関係職員及び関係機関で共有することに同意します。
 (「エピペン®」が処方されている場合) 緊急時、本人ができる場合は、本人が注射します。意識がないなど本人が注射できない場合は、注射をお願いいたします。

保護者名 _____