|  |
| --- |
| アレルギー疾患用学校生活管理指導表（令和５年度改訂版） |

**主治医　様**

学校(園)生活において、アレルギー疾患で特別な配慮や管理が必要な子どもの健康管理を適切に行うため、「活用のしおり～主治医用～」(表紙裏面)をご覧いただき、必要事項の御記入をお願いいたします。

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

**「アレルギー疾患用学校生活管理指導表」の提出が必要な児童生徒・園児**

① 学校・園の活動で食事対応が必要な場合（給食、調理実習、宿泊学習等）

② 食物アレルギー・アナフィラキシー発症時の対応として、エピペンや内服薬が

処方されている場合

③ 保護者が希望する場合

④ 学校・園が必要と認める場合

⑤ 主治医・学校医が必要と認める場合

　＊下記は学校で記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　　前 |  | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 　年　　　　月　　　　日生まれ |
| 学 校(園) 名 |  |
| 学校医名 |  |
| 学　　年 | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ |
| 組 |  |  |  |  |  |  |

 ＊下記は保護者が内容を確認し、サインをしてください。

|  |
| --- |
| 学校における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、本票に記載された内容を学校の全教職員及び関係機関等で共有することに同意します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|

群馬県教育委員会

群馬県医師会

活　用　の　し　お　り　～　主　治　医　用　～

１．　学校生活管理指導表について

　本表を活用して管理を行ってきた児童生徒については、「令和５年度改訂版」の後に前年度まで用いてきた学校生活管理指導表を添付いたします。添付の「平成２７年度改訂版/令和２年度改訂版」を参考に**「令和５年度改訂版」の学校生活管理指導表に御記入ください**ますようお願いいたします。

２．　平成２７年度改訂版/令和２年度改訂版からの主な改訂点及び修正点

（１）内容について

医学的な進歩を取り入れた内容に改められました。

また、治療薬も最近の進歩を反映して、新しい薬剤が加えられました。

（２）「学校生活上の留意点」について

　　　「保護者と相談し決定」という文言が、「管理必要」という文言に改められました。

（３）食物アレルギー・アナフィラキシーについて

「原因食品・診断根拠」という文言から、「原因食品・除去根拠」という文言に改められました。

（４）気管支ぜん息について

「重症度分類（発作型）」から「症状のコントロール状態」に改められました。

（５）学校医名記載

令和５年度改訂版より、学校医名の記載欄が追加されました。

（６）5-2食物アレルギー・アナフィラキシー発症時の対応

令和５年度版より、グレースケールでも見やすいように修正されました。

３．　記入上の注意

**食物アレルギー**

**C.原因食物・除去根拠**

・診断根拠として重要なのは①明らかな症状の既往、②食物経口負荷試験陽性です。

・③摂取可能であるにもかかわらず、血液検査陽性だけを根拠に原因食物の除去を指示する

　　ことは適切ではありません。

・④未摂取で除去が必要な食物がある場合のみ記入してください。

**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**

・ここに記載されている食材は、極微量のアレルゲンが含有されている程度であり、症状誘

　　発の原因となりにくいため、基本的に除去する必要はありません。

・本欄に○がついた場合には、給食対応が困難となりますので慎重に考慮してください。

**気管支ぜん息**

**A.コントロール状態の評価（最近１ヶ月の状態で評価）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| コントロール状態 | 良好 | 比較的良好 | 不良 |
| すべて該当する | 下記一つ以上該当ありかつ、不良に該当がない | 一つ以上該当あり |
| 軽微な症状　※１ | な　し | 月１回以上 | 週1回以上 |
| 明らかな急性増悪（発作）　 | な　し | な　し | 月１回以上 |
| 日常生活の制限　※２ | な　し | 軽微にあり | 月１回以上 |
| β2刺激薬の使用 | な　し | 月１回以上 | 週1回以上 |

※１ 運動や大笑い、啼泣後に一過性に認められる咳やぜん鳴、夜間の咳き込みなど

※２ 夜間の覚醒、運動ができないなど

（小児気管支喘息治療・管理ガイドライン2020より一部改変）

|  |
| --- |
| **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．症状のコントロール | Ｂ-１.長期管理薬（吸入） | Ｂ-２.長期管理薬（内服） |
| １．良好２．比較的良好３．不良 | １．ステロイド吸入薬　　（薬剤名　　　　　　　）　　（投与量／日　　　　　　）２．ステロイド吸入薬／長期間作　　用性吸入ベータ刺激薬配合剤　　（薬剤名　　　　　　　）　　（投与量／日　　　　　　）３．その他　　（薬剤名　　　　　　　）　　（投与量／日　　　　　　） | １．ロイコトリエン受容体拮抗薬　　（薬剤名　　　　　　　）２．その他　　（薬剤名　　　　　　　） |
| Ｂ-３.長期管理薬（注射） | Ｃ．発作時の対応 |
| １．生物学的製剤　　（薬剤名　　　　　　　） | １．ベータ刺激薬吸入　　（薬剤名　　　　　　　）（投与量／日　　　　　　）２．ベータ刺激薬内服 （薬剤名　　　　　　　）（投与量／日　　　　　　） |
|

〔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．管理不要２．管理必要 ★ | １．管理不要２．管理必要 ★ | １．管理不要２．管理必要 ★ |
| 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。） |
|  |
|

|  |  |
| --- | --- |
|   | 医療機関名：電話番号：医　師　名： 印記　載　日：令和　 年 月　　　日 |

－１(表)－

※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 |
| 2年生令和　年　月　日 | 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年生令和　年　月　日 | 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 |
| 4年生令和　年　月　日 | 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 |
| 5年生令和　年　月　日 | 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 |
| 6年生令和　年　月　日 | 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 |

－１(裏)－

|  |
| --- |
| **２【アトピー性皮膚炎】　　　　　　　　　　（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．重症度のめやす（厚生労働科学研究班） |
| １．軽　症：面積に関わらず、軽度の皮疹のみ見られる。２．中等症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の１０％未満に見られる。３．重　症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の１０％以上、３０％未満に見られる。４．最重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の３０％以上に見られる。 ＊軽症の皮疹：軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変 ＊強い炎症を伴う皮疹：紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変 |
| Ｂ-１．常用する外用薬 | Ｂ-２．常用する内服薬 | Ｂ-３．常用する注射薬 |
| １．ステロイド外用薬２．タクロリムス軟膏　　（プロトピック®）３．保湿剤４．その他（ ） | １．抗ヒスタミン薬２．その他（ 　 ） | １．生物学的製剤 |
|

〔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．プール指導及び長時間　　の紫外線下での活動 | Ｂ．動物との接触 | Ｃ．発汗後 |
| １．管理不要２．管理必要　★ | １．管理不要２．管理必要　★ | １．管理不要２．管理必要　★ |
| Ｄ．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：令和　 年 月　　　日 |

－２(表)－

※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 |
| 2年生令和　年　月　日 | 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年生令和　年　月　日 | 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 |
| 4年生令和　年　月　日 | 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 |
| 5年生令和　年　月　日 | 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 |
| 6年生令和　年　月　日 | 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 |

－２(裏)－

|  |
| --- |
| **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．プール指導 | Ｂ．屋外活動 |
| １．管理不要２．管理必要　★ | １．管理不要２．管理必要　★ |
| 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：令和　 年 月　　　日 |

－３(表)－

※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 |
| 2年生令和　年　月　日 | 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年生令和　年　月　日 | 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 |
| 4年生令和　年　月　日 | 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 |
| 5年生令和　年　月　日 | 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 |
| 6年生令和　年　月　日 | 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(裏)－

|  |
| --- |
| **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〕 　　春　　・　　夏　　・　　秋　　・　　冬 | １．抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬（内服）２．鼻噴霧用ステロイド薬３．アレルゲン免疫療法　　　舌下免疫療法（ダニ・スギ）　　　皮下免疫療法（ダニ・スギ・その他　　　）　　　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．屋外活動 |
| １．管理不要２．管理必要　★ |
| 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：令和　 年 月　　　日 |

－４(表)－

※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 |
| 2年生令和　年　月　日 | 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年生令和　年　月　日 | 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 |
| 4年生令和　年　月　日 | 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 |
| 5年生令和　年　月　日 | 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 |
| 6年生令和　年　月　日 | 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 |

－４(裏)－

|  |
| --- |
| **５ｰ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　　（アナフィラキシーの既往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・除去根拠〔除去根拠〕該当するもの全てを《 》内に記載①明らかな症状の既往 　②食物経口負荷試験陽性③IgE抗体等検査結果陽性 ④未摂取　＊該当する食品の番号に○印を付け、かつ　　《　》内に除去根拠を記入してください。 ＊ ( 　)　内に具体的な食品名を記載してください。 |
| 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 　　 《　　　　　　　》　　（すべて・エビ・カニ　　　　　　　） | ７．木の実類《　　　　　　　》（すべて・クルミ・ｶｼｭｰﾅｯﾂ・ｱｰﾓﾝﾄﾞ　　　　　　　 　）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 （ ） |
|

〔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．管理不要２．管理必要　★ | １．管理不要２．管理必要　★ | １．管理不要２．管理必要　★ | 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。　１．鶏卵：卵殻カルシウム　　 ５．ゴマ：ゴマ油　２．牛乳：乳糖・乳清焼成カルシウム　　 ６．魚類：かつおだし・いりこだし・魚醤　３．小麦：醤油・酢・味噌 ７．肉類：エキス　４．大豆：大豆油・醤油・味噌　　 　　  |
| Ｆ．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◇◇◇ |  | 医療機関名：電話番号：医　師　名： 印記　載　日：　令和　 　 年　 月　　　　日 |
| 保護者名前 |  |
| 電話番号 |  |

－５(表)－

※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年生令和　年　月　日 | 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年生令和　年　月　日 | 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 |
| 4年生令和　年　月　日 | 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 |
| 5年生令和　年　月　日 | 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 |
| 6年生令和　年　月　日 | 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 |

－５(裏)－



－６－

|  |
| --- |
| 平成２１年６月１７日初版発行 平成２４年３月１６日改訂版発行 平成２５年３月１８日改訂版発行 平成２５年９月１１日改訂版発行 平成２７年３月１３日改訂版発行 令和　２年８月３１日改訂版発行令和　５年４月２８日改訂版発行 作成者　群馬県教育委員会・群馬県医師会  |