

# 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

## 活用のしおり

～保護者用～

「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」は以下の手順でご活用下さい。

- ①お子さんの病気（アレルギー疾患）に関して、学校での配慮・管理が必要であることを学校に申告してください。
- ②学校から「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」を受け取ってください。
- ③各疾患ごとに主治医の先生に「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の記載をお願いしてください。
- ④記載してもらった「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」を学校に提出してください。
- ⑤「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」を基に、学校と保護者の方でお子さんの学校生活における配慮や管理について決定します。この際、必要に応じさらに詳しい情報の提出をお願いすることがあります。
- ⑥病状は変化することがあります。継続して管理・指導が必要な場合は、原則として内容が同じでも毎年新しい「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」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）」は以下のような構成になっています。

- 主なアレルギー疾患を表裏一枚で記載できるようになっています。  
表：食物アレルギー・アナフィラキシー、気管支ぜん息  
裏：アトピー性皮膚炎、アレルギー性結膜炎、アレルギー性鼻炎
- 主治医の先生には、お子さんの疾患についての情報と、学校生活上の指示を記載してもらいます。
  - ①「病型・治療」欄：アレルギー疾患の原因や症状、服薬中の薬など、お子さんの疾患の状況が記載されます。
  - ②「学校生活上の留意点」欄：学校生活における配慮・管理すべき事項が記載されます。
  - ③緊急時の対応などのため、「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」に記載された情報を学校の教職員全員及び関係機関等で共有する必要があります。保護者の署名をしてください。
- 日本学校保健会が運営している「学校保健」(<http://www.gakkohoken.jp>)から「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」をダウンロードすることもできます。





# 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

裏

提出日 年 月 日

名前 年 月 日生 年 月 組

病型・治療		学校生活上の留意点		記載日
<p><b>アトピー性皮膚炎</b> (あり・なし)</p> <p><b>A 重症度のめやす (厚生労働科学研究班)</b>                      1. 軽症：面癩に関わらず、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。                      *軽度の皮疹：軽度の紅斑、乾燥、薄厚主体の病変                      *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</p> <p><b>B-1 常用する外用薬</b>                      1. ステロイド軟膏                      2. タクロリムス軟膏                      (「プロトピック®」)                      3. 保湿剤                      4. その他 ( )</p> <p><b>B-2 常用する内服薬</b>                      1. 抗ヒスタミン薬                      2. その他 [ ]</p> <p><b>B-3 常用する注射薬</b>                      1. 生物学的製剤</p>		<p><b>学校生活上の留意点</b></p> <p><b>A プール指導及び長時間の紫外線下での活動</b>                      1. 管理不要                      2. 管理必要</p> <p><b>B 動物との接触</b>                      1. 管理不要                      2. 管理必要</p> <p><b>C 発汗後</b>                      1. 管理不要                      2. 管理必要</p> <p><b>D その他の配慮・管理事項(自由記述)</b></p>		<p>記載日</p> <p>年 月 日</p> <p>医師名</p> <p>医療機関名</p>
<p><b>アレルギー性結膜炎</b> (あり・なし)</p> <p><b>A 病型</b>                      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 ( )</p> <p><b>B 治療</b>                      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 ( )</p>		<p><b>学校生活上の留意点</b></p> <p><b>A プール指導</b>                      1. 管理不要                      2. 管理必要</p> <p><b>B 屋外活動</b>                      1. 管理不要                      2. 管理必要</p> <p><b>C その他の配慮・管理事項 (自由記載)</b></p>		<p>記載日</p> <p>年 月 日</p> <p>医師名</p> <p>医療機関名</p>
<p><b>アレルギー性鼻炎</b> (あり・なし)</p> <p><b>A 病型</b>                      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</p> <p><b>B 治療</b>                      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. 舌下免疫療法 (ダニ・スギ)                      4. その他 ( )</p>		<p><b>学校生活上の留意点</b></p> <p><b>A 屋外活動</b>                      1. 管理不要                      2. 管理必要</p> <p><b>B その他の配慮・管理事項 (自由記載)</b></p>		<p>記載日</p> <p>年 月 日</p> <p>医師名</p> <p>医療機関名</p>

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