

名前 \_\_\_\_\_ (男・女) H・R \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 高知市立 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 組 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。

学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

気管支ぜん息（あり・なし）	<b>病型・治療</b>	<b>学校生活上の留意点</b>	【緊急連絡先】 ★保護者記入欄	<b>★保護者</b>
	<b>A 症状のコントロール状態</b> 1 良好      2 比較的良好      3 不良	<b>A 運動（体育・部活動等）</b> 1 管理不要      2 管理必要		電話：
	<b>B-1 長期管理薬（吸入）</b> 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>B 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動</b> 1 管理不要      2 管理必要		<b>★連絡医療機関</b>
	<b>B-2 長期管理薬（内服）</b> 薬剤名 1 ロイコトリエン受容体拮抗薬      (      ) 2 その他      (      )	<b>C 宿泊を伴う校外活動</b> 1 管理不要      2 管理必要		医療機関名：
	<b>B-3 長期管理薬（注射）</b> 薬剤名 1 生物学的製剤      (      )	<b>D その他の配慮・管理事項（自由記述）</b>		電話：
<b>C 発作時の対応</b> 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      (      ) (      )		記載日 令和      年      月      日		
				医師名 ④
				医療機関名

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教職員全員及び関係機関等で共有することに同意します。

★保護者署名      :