

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）

アトピー性皮膚炎 (あり・なし)	病型・治療		学校生活上の留意点		記載日
	A 重症度のみやす (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。 ※軽度の皮疹：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		A プール指導及び長時間の紫外線下での活動 1 管理不要 2 管理必要		令和 年 月 日
	B-1 常用する外用薬 1 ステロイド軟膏 2 タクトリムス軟膏 (「プロトピック®」) 3 保湿剤 4 その他 ()		B-2 常用する内服薬 1 抗ヒスタミン薬 2 その他 ()	B 動物との接触 1 管理不要 2 管理必要	医師名
	B-3 常用する注射薬 1 生物学的製剤		C 発汗後 1 管理不要 2 管理必要		医療機関名
D その他の配慮・管理事項 (自由記述)					
アレルギー性結膜炎 (あり・なし)	病型・治療		学校生活上の留意点		記載日
	A 病型 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 ()		A プール指導 1 管理不要 2 管理必要		令和 年 月 日
	B 治療 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 ()		B 屋外活動 1 管理不要 2 管理必要		医師名
			C その他の配慮・管理事項 (自由記述)		医療機関名
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)	病型・治療		学校生活上の留意点		記載日
	A 病型 1 通年性アレルギー性鼻炎 2 季節性アレルギー性鼻炎 主な症状の時期： 春 夏 秋 冬		A 屋外活動 1 管理不要 2 管理必要		令和 年 月 日
	B 治療 1 抗ヒスタミン・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 ()		B その他の配慮・管理事項 (自由記述)		医師名
					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：