

氏名 _____ 男・女 平成____年____月____日生（____歳） 高知市立_____学校____年____組 提出日：____年____月____日

学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

気管支ぜん息	病型・治療		学校生活上の留意点		【緊急連絡先】	★保護者
	A 重症度分類 1 間欠型 2 軽症持続型 3 中等症持続型 4 重症持続型	C 急性発作治療薬 1 ベータ刺激薬吸入 2 ベータ刺激薬内服	A 運動（体育・部活動等） 1 管理不要 2 保護者と相談し決定 3 強い運動は不可			(電話)
	B-1 長期管理薬 (吸入薬) 1 ステロイド吸入薬 2 長時間作用性吸入ベータ刺激薬 3 吸入アレルギー薬 (「インタール®」) 4 その他 ()		D 急性発作時の対応 (自由記載)			★連絡医療機関
						(医療機関名)
B-2 長期管理薬 (内服薬・貼付薬) 1 テオフィリン徐放製剤 2 ロイコリエン 受容体拮抗薬 3 ベータ刺激内服薬・貼付薬 4 その他 ()		B 動物との接触や埃等の舞う環境での活動 1 配慮不要 2 保護者と相談し決定 3 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名：		記載日： 年 月 日		
		C 宿泊を伴う校外活動 1 配慮不要 2 保護者と相談し決定		医師名		
		D その他の配慮・管理事項（自由記載）		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、本表に記載された内容を教職員全員で共有することに同意します。

保護者署名 _____