

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）

|           |   |   |   |   |   |   |
|-----------|---|---|---|---|---|---|
| アトピー性皮膚炎  | <b>病型・治療</b><br><b>A 重症度のみやす（厚生労働科学研究班）</b><br>1 軽度：面積に関わらず，軽度の皮疹のみみられる<br>2 中症度：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満にみられる<br>3 重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上30%未満みられる<br>4 最重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上みられる<br>※軽度の皮疹：軽度の紅斑，乾燥，落屑主体の病変<br>※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>学校生活上の留意点</b><br><b>A プール指導及び長時間の紫外線下での活動</b><br>1 管理不要<br>2 保護者と相談し決定<br><b>B 動物との接触</b><br>1 配慮不要<br>2 保護者と相談し決定<br>3 動物へのアレルギーが強いため不可<br>動物名： |   | 【緊急連絡先】   | <b>★保護者</b><br>(電話)                               |
|           | <b>B-1 常用する外用薬</b><br>1 ステロイド軟膏<br>2 タクトリムス軟膏（「プロトピック®」）<br>3 保湿剤<br>4 その他（ ）   | <b>B-2 常用する内服薬</b><br>1 抗ヒスタミン薬<br>2 その他（ ） | <b>C 食物アレルギーとの合併</b><br>1 あり<br>2 なし  | <b>C 発汗後</b><br>1 配慮不要<br>2 保護者と相談し決定<br>3（学校施設で可能な場合）<br>夏季シャワー浴<br><b>D その他の配慮・管理事項（自由記載）</b> |   | <b>★連絡医療機関</b><br>(医療機関名)<br><br>(電話)             |
|           | <b>病型・治療</b><br><b>A 病型</b> 1 通年性アレルギー性結膜炎<br>2 季節性アレルギー性結膜炎（花粉症）<br>3 春季カタル<br>4 アトピー性角結膜炎<br>5 その他（ ）<br><b>B 治療</b> 1 抗アレルギー点眼薬<br>2 ステロイド点眼薬<br>3 免疫抑制点眼薬<br>4 その他  |   | <b>学校生活上の留意点</b><br><b>A プール指導</b><br>1 管理不要<br>2 保護者と相談し決定<br>3 プールへの入水不可<br><b>B 屋外活動</b><br>1 管理不要<br>2 保護者と相談し決定<br><b>C その他の配慮・管理事項（自由記載）</b>  |   |   | 記載日： _____年____月____日<br>医師名 _____<br>医療機関名 _____ |
| アレルギー性結膜炎 | <b>病型・治療</b><br><b>A 病型</b> 1 通年性アレルギー性鼻炎<br>2 季節性アレルギー性鼻炎<br>主な症状の時期： 春 夏 秋 冬<br><b>B 治療</b> 1 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬（内服）<br>2 鼻噴霧用ステロイド薬<br>3 その他（ ）   |   | <b>学校生活上の留意点</b><br><b>A 屋外活動</b><br>1 管理不要<br>2 保護者と相談し決定<br><b>B その他の配慮・管理事項（自由記載）</b>  |   |   |   |
|           | <b>病型・治療</b><br><b>A 病型</b> 1 通年性アレルギー性結膜炎<br>2 季節性アレルギー性結膜炎（花粉症）<br>3 春季カタル<br>4 アトピー性角結膜炎<br>5 その他（ ）<br><b>B 治療</b> 1 抗アレルギー点眼薬<br>2 ステロイド点眼薬<br>3 免疫抑制点眼薬<br>4 その他  |   | <b>学校生活上の留意点</b><br><b>A プール指導</b><br>1 管理不要<br>2 保護者と相談し決定<br>3 プールへの入水不可<br><b>B 屋外活動</b><br>1 管理不要<br>2 保護者と相談し決定<br><b>C その他の配慮・管理事項（自由記載）</b>  |   | 記載日： _____年____月____日<br>医師名 _____<br>医療機関名 _____ |   |
| アレルギー性鼻炎  | <b>病型・治療</b><br><b>A 病型</b> 1 通年性アレルギー性鼻炎<br>2 季節性アレルギー性鼻炎<br>主な症状の時期： 春 夏 秋 冬<br><b>B 治療</b> 1 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬（内服）<br>2 鼻噴霧用ステロイド薬<br>3 その他（ ）   |   | <b>学校生活上の留意点</b><br><b>A 屋外活動</b><br>1 管理不要<br>2 保護者と相談し決定<br><b>B その他の配慮・管理事項（自由記載）</b>  |   |   |   |
|           | <b>病型・治療</b><br><b>A 病型</b> 1 通年性アレルギー性結膜炎<br>2 季節性アレルギー性結膜炎（花粉症）<br>3 春季カタル<br>4 アトピー性角結膜炎<br>5 その他（ ）<br><b>B 治療</b> 1 抗アレルギー点眼薬<br>2 ステロイド点眼薬<br>3 免疫抑制点眼薬<br>4 その他  |   | <b>学校生活上の留意点</b><br><b>A プール指導</b><br>1 管理不要<br>2 保護者と相談し決定<br>3 プールへの入水不可<br><b>B 屋外活動</b><br>1 管理不要<br>2 保護者と相談し決定<br><b>C その他の配慮・管理事項（自由記載）</b>  |   | 記載日： _____年____月____日<br>医師名 _____<br>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： \_\_\_\_\_