

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）

食ア 物ナ ア レ イ ラ ギ キ ー シ ー  （ あ あ り り ・ ・ な な し し ）	<b>病型・治療</b>			<b>学校生活上の留意点</b>		【 緊 急 連 絡 先 】	<b>★保護者</b>		
	<b>A 食物アレルギー病型（食物アレルギーありの場合のみ記入）</b> <input type="checkbox"/> 即時型 <input type="checkbox"/> 口腔アレルギー症候群 <input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー			<b>A 給食</b> <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 保護者と相談し決定 <b>B 食物・食材を扱う授業・活動</b> <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 保護者と相談し決定 <b>C 運動（体育・部活動等）</b> <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 保護者と相談し決定 <b>D 宿泊を伴う校外活動</b> <input type="checkbox"/> 配慮不要 <input type="checkbox"/> 食事やイベントの際に配慮が必要 <b>E その他の配慮・管理事項（自由記載）</b>			電話： _____		
	<b>B アナフィラキシー病型（アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載）</b> <input type="checkbox"/> 食物（原因 _____） <input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー <input type="checkbox"/> 運動誘発アナフィラキシー <input type="checkbox"/> 昆虫（ _____ ） <input type="checkbox"/> 医薬品（ _____ ） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）						<b>★連絡医療機関</b>		
	<b>C 緊急時に備えた処方薬</b> <input type="checkbox"/> 内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬） <input type="checkbox"/> アドレナリン自己注射薬（「エピペン®」） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）						医療機関名： _____		
<b>D アレルゲン摂取により出現したところのある症状に○をつけてください。</b>					電話： _____				
<b>皮膚症状</b>		<b>粘膜症状</b>		<b>消化器症状</b>		<b>呼吸器症状</b>		<b>全身症状</b>	
・痒み    ・赤み		・口唇    ・目    ・顔の腫れ		・腹痛    ・嘔吐    ・下痢		・咳    ・喘鳴    ・呼吸困難		・ぐったり	
・湿疹    ・じんましん		・口やのどの違和感				・鼻閉    ・鼻汁    ・くしゃみ		・意識レベルの低下	
その他の症状								・顔面蒼白など	
<b>E 原因食物 該当食品に☑をつけてください。</b>							記載日： _____年____月____日		
<b>1 鶏卵</b> <input type="checkbox"/> 鶏卵 <b>2 牛乳・乳製品</b> <input type="checkbox"/> 飲用牛乳 <input type="checkbox"/> 給食用パン（脱脂粉乳含む） <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <b>3 小麦</b> <input type="checkbox"/> 小麦粉及びその製品 <input type="checkbox"/> 穀物酢・醤油などの調味料 <b>4 ソバ</b> <input type="checkbox"/> ソバ <b>5 ピーナッツ</b> <input type="checkbox"/> ピーナッツ <b>6 種実類・木の実類</b> <input type="checkbox"/> ごま <input type="checkbox"/> アーモンド <input type="checkbox"/> くるみ <input type="checkbox"/> カシューナッツ <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） <b>7 甲殻類</b> <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> かに <b>8 果物類</b> <input type="checkbox"/> キウイ <input type="checkbox"/> メロン <input type="checkbox"/> りんご <input type="checkbox"/> もも <input type="checkbox"/> バナナ <input type="checkbox"/> オレンジ <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） <b>9 魚介類</b> <input type="checkbox"/> いか <input type="checkbox"/> 帆立貝 <input type="checkbox"/> きびなごなどの魚卵 <input type="checkbox"/> 煮干や削節でとっただし汁 <input type="checkbox"/> 魚類全般 <input type="checkbox"/> さば <input type="checkbox"/> さけ <input type="checkbox"/> その他の魚介類（ _____ ） <b>10 肉類</b> <input type="checkbox"/> 鶏肉 <input type="checkbox"/> 鶏がらスープ <input type="checkbox"/> 豚肉 <input type="checkbox"/> 豚骨スープ <input type="checkbox"/> 牛肉 <input type="checkbox"/> 肉エキス <input type="checkbox"/> ゼラチン <b>11 大豆</b> <input type="checkbox"/> 大豆および大豆製品 <input type="checkbox"/> みそ・醤油などの調味料 <b>12 その他1</b> <input type="checkbox"/> 大豆以外の豆類（ _____ ） <input type="checkbox"/> 山菜 <input type="checkbox"/> たけのこ <input type="checkbox"/> 里芋 <input type="checkbox"/> 山芋 <input type="checkbox"/> トマト <input type="checkbox"/> まつたけ <b>13 その他2</b> <input type="checkbox"/> （ _____ ）					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 \_\_\_\_\_