【表】学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）　遠賀郡・中間市　（令和8年度版）

白部分は、医師が記入

赤枠内すべて、医師の先生による記入をお願いします。

医師お渡し用

フリガナ
名前＿＿＿＿＿＿＿＿（男・女）　年　月　日生

※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。

アナフィラキシー（あり・なし）

病型・治療

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載）

1. 即時型
2. 口腔アレルギー症候群
3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー

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）

1. 食物　（原因　　）
2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー
3. 運動誘発アナフィラキシー
4. 昆虫　（　　）
5. 医薬品　（　　）
6. その他　（　　）

食物アレルギー（あり・なし）

C 原因食物・除去根拠　該当する食品の☐に☑をし、かつ《　》内に除去根拠を記載。（　）に具体的な食品名を記載。

［除去根拠］該当するもの全てを《　》内に記載
明らかな症状の既往　② 食物経口負荷試験陽性　③ IgE抗体等検査結果陽性　④ 未摂取

卵	《　》	☐ 鶏卵　☐ うずら卵　☐ 生卵（アイスクリームに使用）　**※魚卵は、魚類の欄です。**
牛乳・乳製品	《　》	☐ 飲用牛乳　☐ 乳製品　☐ ヨーグルト　☐ パン（乳含む） ☐ その他（　　）
麦	《　》	☐ 大麦　☐ 小麦
ソバ	《　》	☐ ソバ
ピーナッツ	《　》	
種実類・木の実類	《　》	
果物類	《　》	
魚類	《　》	
肉類	《　》	
甲殻類	《　》	
貝類	《　》	☐ あさり　☐その他（　　）
その他	《　》	☐ 食品名（　　）

C欄の記載の除去内容を実施します。
《　》に①～④を記入、☐にチェックをいれてください。
食品名がない場合は、記載をお願いします。

果物は生の不可、生・加熱不可かも指示ください。
魚卵は、魚の欄にあります。

D 緊急時に備えた処方薬

1. 内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬）
2. アドレナリン自己注射薬（「エピペン®」）
3. その他　（　　）

学校生活上の留意点

A 給食
☐ 管理不要
☐ 管理必要

B 食物・食
☐ 管理不要
☐ 管理必要

C 運動（体
☐ 管理不要
☐ 管理必要

D 宿泊を伴う校外活動
☐ 管理不要
☐ 管理必要

記入漏れが多い欄です。
☐にチェックをお願いします。

A給食について、除去対応のみの場合は、☑管理不要となります。

E 原因食物を除去する場合により厳しい除去が必要なもの

※本欄に☑がついた場合、該当する食品を使用した料理については、給食対応が困難となる場合があります。

●極微量（コンタミ）で反応が誘発される食品名

【　　】

☐ 鶏卵 ：卵殻カルシウム
☐ 牛乳 ：
☐ 小麦 ：
☐ 大豆 ：
☐ ゴマ ：ゴマ油
☐ 魚類 ：かつおだし・いりこだし・魚醤
☐ 肉類 ：エキス
☐ 油の共用ができない
☐ 食器や調理機器の共用ができない
☐ 加工食品の原材料欄外表記（注意喚起表示）の表示がある場合

E欄に記載がある場合は、中止対応となります。

F その他の配慮・管理事項（自由記述）

医師記載日
年　月　日
医師名
㊞
医療機関名

【緊急時連絡先】

★保護者
電話①：（続柄　　）
電話②：（続柄　　）
電話③：（続柄　　）
住所　〒

★連絡医療機関
医療機関名：

記入漏れがあった場合、再度ご家庭の方に、病院にて記入してもらうように依頼することになります。
なお、学校給食では、毎年提出していただくようにしております。

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、上記に記載された内容を学校の全教職員及び関係機関等で共有することに同意します。

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿