

フリガナ
名前

(男・女)

年

月

日生

学校

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。

| 病型・治療 | | 学校生活上の留意点 | | 医師記載日 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------|
| 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 () | A 給食 除去対応以外に管理が必要な場合は、ご記入下さい。□にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 管理必要 | 年 月 日 | |
| | | B 食物・食材を扱う授業・活動 <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 管理必要 | 医師名 | |
| 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 ① 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 | 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 () | C 運動(体育・部活動等) <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 管理必要 | 医師名 | |
| | | D 宿泊を伴う校外活動 <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 管理必要 | 医療機関名 | |
| | | 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 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ※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。 </div> | 医師名 | |
| 卵 《 》 <input type="checkbox"/> 鶏卵 <input type="checkbox"/> うずら卵 <input type="checkbox"/> 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 《 》 <input type="checkbox"/> 飲用牛乳 <input type="checkbox"/> 乳製品 <input type="checkbox"/> ヨーグルト <input type="checkbox"/> パン(乳含む) <input type="checkbox"/> その他() 麦 《 》 <input type="checkbox"/> 大麦 <input type="checkbox"/> 小麦 ソバ 《 》 <input type="checkbox"/> ソバ ピーナッツ 《 》 <input type="checkbox"/> ピーナッツ 種実類・木の実類 《 》 <input type="checkbox"/> ごま <input type="checkbox"/> クルミ <input type="checkbox"/> カシューナッツ <input type="checkbox"/> アーモンド <input type="checkbox"/> マカダミアナッツ <input type="checkbox"/> その他() 果物類 《 》 <input type="checkbox"/> 食品名() <input type="checkbox"/> 生のみ不可 <input type="checkbox"/> 生・加熱不可 魚類 《 》 <input type="checkbox"/> 鯖 <input type="checkbox"/> 鰯 <input type="checkbox"/> 鱈 <input type="checkbox"/> ししゃも <input type="checkbox"/> きびなご <input type="checkbox"/> 赤魚 <input type="checkbox"/> タラ <input type="checkbox"/> ホキ <input type="checkbox"/> メルルーサ <input type="checkbox"/> サケ <input type="checkbox"/> ツナ <input type="checkbox"/> 魚卵 <input type="checkbox"/> かつお節 <input type="checkbox"/> しらす干し <input type="checkbox"/> いくら <input type="checkbox"/> かなぎ <input type="checkbox"/> 練り製品 <input type="checkbox"/> その他() 肉類 《 》 <input type="checkbox"/> 食品名() 甲殻類 《 》 <input type="checkbox"/> エビ <input type="checkbox"/> カニ <input type="checkbox"/> たこ <input type="checkbox"/> いか <input type="checkbox"/> その他() 貝類 《 》 <input type="checkbox"/> あさり <input type="checkbox"/> その他() その他 《 》 <input type="checkbox"/> 食品名() | | ★保護者 電話①:(続柄) 電話②:(続柄) 電話③:(続柄) 住所 〒 | | |
| F その他の配慮・管理事項(自由記述) | | ●極微量(コンタミ)で反応が誘発される食品名 【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 鶏卵 :卵殻カルシウム <input type="checkbox"/> 牛乳 :乳糖・乳清焼成カルシウム <input type="checkbox"/> 小麦 :醤油・酢・味噌 <input type="checkbox"/> 大豆 :大豆油・醤油・味噌 <input type="checkbox"/> ゴマ :ゴマ油 <input type="checkbox"/> 魚類 :かつおだし・いりこだし・魚醤 <input type="checkbox"/> 肉類 :エキス <input type="checkbox"/> 油の共用ができない <input type="checkbox"/> 食器や調理機器の共用ができない <input type="checkbox"/> 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 | ★連絡医療機関 医療機関名: 電話: | |

アナフィラキシー (あり・なし)
食物アレルギー (あり・なし)

緊急時連絡先

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 _____