

**【滋賀県版】  
学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）  
活用のしおり ～保護者用～**

滋賀県教育委員会

**アレルギー疾患のあるお子さんをおもちの保護者の皆様へ**

文部科学省の調査により、学校には、アレルギー疾患のお子さんが多く通われていることが明らかになりました。

アレルギー疾患のあるお子さんの学校生活をより安心して安全なものにするため、学校はお子さんのアレルギー疾患について詳しい情報を把握する必要があります。

学校生活において、特に配慮や管理が必要なお子さんにつきましては、【滋賀県版】学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）を学校に提出いただきますようよろしくお願いいたします。

**【滋賀県版】学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）は  
以下の手順でご活用ください。**

- 1 お子さんのアレルギー疾患に関して、学校での配慮・管理が必要であることをお申し出いただいた場合、学校から「【滋賀県版】学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」（以下管理指導表）をお渡しします。
- 2 各疾患ごとに主治医の先生に管理指導表の記載をお願いしてください。  
★主治医の先生に記載してもらう際には、文書料が生じます。
- 3 記載してもらった管理指導表を学校に提出してください。
- 4 記載してもらった管理指導表をもとに、学校と保護者の方とでお子さんの学校生活における配慮や管理について相談します。この際、必要に応じさらに詳しい情報の提出をお願いすることがあります。
- 5 病状は変化することがあります。継続して配慮・管理が必要な場合は、原則として内容が同じでも毎年新しい管理指導表を学校に提出してください。

◆【滋賀県版】学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）は、滋賀県教育委員会保健体育課のホームページ「学校保健」からダウンロードすることができます。

【滋賀県版】学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)は以下のような構成になっています。

5 情報提供先学校名 \_\_\_\_\_ 学校医等 \_\_\_\_\_ 殿  
 【滋賀県版】学校生活管理指導表(アレルギー疾患用) <裏>  
 名前 \_\_\_\_\_ (男・女) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 ( \_\_\_\_\_ 歳) \_\_\_\_\_ 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。  
 ※管理指導表は症状等に变化がない場合であっても、配慮や管理が必要な場合は、少なくとも毎年提出してください。

アレルギー疾患	病型・治療	学校生活上の留意点	保護者(保護者のみが記入可)
アナフィラキシー (ありなし)	<b>A 重症度</b> 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 4. その他 ( ) <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> 1. 食物性 (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. 医薬品 ( ) 5. その他 ( ) <b>C 重症度</b> 1. 腸閉 ( ) 2. 牛乳・乳糖 ( ) 3. ソバ ( ) 4. ビーナッツ ( ) 5. 甲殻類 ( ) 6. 木の葉類 ( ) 7. 果物類 ( ) 8. 肉類 ( ) 9. その他1 ( ) 10. その他2 ( ) <b>D 緊急時に備えた処方</b> 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 ( )	<b>学校生活上の留意点</b> 1. 管理不要 2. 管理必要(内容はFに記入) <b>F 食物・食物アレルギー・活動</b> 1. 管理不要 2. 管理必要(内容はFに記入) <b>運動(体育・部活動等)</b> 1. 管理不要 2. 管理必要(内容はFに記入) <b>宿泊を伴う校外活動</b> 1. 管理不要 2. 管理必要(内容はFに記入) <b>緊急時対応</b> 1. 緊急時対応 2. 緊急時対応 <b>主治医から学校への連絡</b> 1. 緊急時対応 2. 緊急時対応	①氏名 ②電話番号 ③氏名 ④電話番号 ⑤氏名 ⑥電話番号 ⑦氏名 ⑧電話番号
気管支ぜん息 (ありなし)	<b>A 重症度のコントロール状況</b> 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良 <b>B-1 長期管理薬(吸入)</b> 1. ステロイド吸入薬 ( ) ( ) ( ) ( ) 2. ステロイド吸入薬/長時間作用性吸入ベータ刺激薬配合剤 ( ) ( ) ( ) ( ) 3. その他 ( ) ( ) ( ) ( ) <b>B-2 長期管理薬(内服)</b> 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 ( ) ( ) ( ) ( ) 2. その他 ( ) ( ) ( ) ( ) <b>B-3 長期管理薬(注射)</b> 1. 生物学的製剤 ( ) ( ) ( ) ( ) <b>C 発作時の対応</b> 1. ベータ刺激薬吸入 ( ) ( ) ( ) ( ) 2. ベータ刺激薬内服 ( ) ( ) ( ) ( )	<b>学校生活上の留意点</b> 1. 管理不要 2. 管理必要(内容はDに記入) <b>運動(体育・部活動等)</b> 1. 管理不要 2. 管理必要(内容はDに記入) <b>動物との接触やコリ等の飼育環境での活動</b> 1. 管理不要 2. 管理必要(内容はDに記入) <b>宿泊を伴う校外活動</b> 1. 管理不要 2. 管理必要(内容はDに記入) <b>主治医から学校への連絡</b> 1. 緊急時対応 2. 緊急時対応	①氏名 ②電話番号 ③氏名 ④電話番号 ⑤氏名 ⑥電話番号

【滋賀県版】学校生活管理指導表(アレルギー疾患用) <裏>  
 名前 \_\_\_\_\_ (男・女) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 ( \_\_\_\_\_ 歳) \_\_\_\_\_ 学校 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 組 提出日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

アレルギー疾患	病型・治療	学校生活上の留意点	保護者(保護者のみが記入可)
アトピー性皮膚炎 (ありなし)	<b>A 重症度</b> 1. 軽症: 面積に関わらず、軽度の皮膚のみ見られる。 2. 中等症: 強い炎症を伴う皮膚が体表面積の10%未満に見られる。 3. 重症: 強い炎症を伴う皮膚が体表面積の10%以上、30%未満に見られる。 4. 最重症: 強い炎症を伴う皮膚が体表面積の30%以上に見られる。 5. 軽度の皮膚: 軽度の紅斑、乾燥、薄層主体の病変 6. 強い炎症を伴う皮膚: 紅斑、丘疹、びらん、浸潤、蓄膿化などを伴う病変 <b>B-1 常用する外用薬</b> 1. ステロイド軟膏 2. タクロリムス軟膏 3. 保湿剤 4. その他 ( ) <b>B-2 常用する内服薬</b> 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他 ( ) <b>B-3 常用する注射薬</b> 1. 生物学的製剤	<b>学校生活上の留意点</b> 1. 管理不要 2. 管理必要(内容はDに記入) <b>プール指導及び長時間の紫外線下での活動</b> 1. 管理不要 2. 管理必要(内容はDに記入) <b>動物との接触</b> 1. 管理不要 2. 管理必要(内容はDに記入) <b>鳥介養</b> 1. 管理不要 2. 管理必要(内容はDに記入) <b>主治医から学校への連絡</b> 1. 緊急時対応 2. 緊急時対応	①氏名 ②電話番号 ③氏名 ④電話番号 ⑤氏名 ⑥電話番号
アレルギー性結膜炎 (ありなし)	<b>A 病型</b> 1. 過半数アレルギー性結膜炎 2. 季節性アレルギー性結膜炎(花粉症) 3. 春季カタル 4. アトピー性角結膜炎 5. その他 ( ) <b>B 治療</b> 1. 抗アレルギー点眼薬 2. ステロイド点眼薬 3. 免疫抑制点眼薬 4. その他 ( )	<b>学校生活上の留意点</b> 1. 管理不要 2. 管理必要(内容はBに記入) <b>屋外活動</b> 1. 管理不要 2. 管理必要(内容はBに記入) <b>主治医から学校への連絡</b> 1. 緊急時対応 2. 緊急時対応	①氏名 ②電話番号 ③氏名 ④電話番号 ⑤氏名 ⑥電話番号
アレルギー性鼻炎 (ありなし)	<b>A 病型</b> 1. 過半数アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎(花粉症) 主な症状の時期: 春、夏、秋、冬 <b>B 治療</b> 1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬(内服) 2. 鼻噴霧用ステロイド薬 3. 舌下免疫療法(グニスギ) 4. その他 ( )	<b>学校生活上の留意点</b> 1. 管理不要 2. 管理必要(内容はBに記入) <b>屋外活動</b> 1. 管理不要 2. 管理必要(内容はBに記入) <b>主治医から学校への連絡</b> 1. 緊急時対応 2. 緊急時対応	①氏名 ②電話番号 ③氏名 ④電話番号 ⑤氏名 ⑥電話番号

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。  
 お子様の緊急時には、保護者への連絡より優先して緊急時の対応および救急搬送することに同意します。 保護者氏名 \_\_\_\_\_

- 主なアレルギー疾患を表裏一枚で記載できるようになっています。  
 表：食物アレルギー・アナフィラキシー、気管支ぜん息  
 裏：アトピー性皮膚炎、アレルギー性結膜炎、アレルギー性鼻炎
- 主治医の先生には、お子さんの疾患についての情報と、学校生活上の指示を記載していただきます。
- ①「病型・治療」欄：アレルギー疾患の原因や症状、服薬中の薬など、お子さんの疾患の状況が記載されます。
- ②「学校生活上の留意点」欄：学校生活における配慮・管理すべき事項が記載されます。
- ③保護者が、緊急時の対応のため保護者の連絡先を記入してください。緊急時に搬送する医療機関名を主治医と相談してご記入ください。
- ④緊急時の対応などのため、「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」に記載された情報を学校の教職員全員及び関係機関等で共有する必要があります。保護者の署名をしてください。
- ⑤令和4年4月1日よりアナフィラキシーの既往歴のある患者もしくは食物アレルギー患者である児童生徒等の通学する学校等の学校医に対して当該児童生徒等が学校生活を送るに当たって必要な情報「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」を提供した場合は診療情報提供として診療報酬の算定の対象となりました。その際、必要な記載となります。