

学校におけるアレルギー疾患の対応について

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とするため、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場合は、「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン*」に基づき「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」を学校に提出していただき、家庭と学校が連携を図りながら、対応を行っていきます。

1 「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」は以下の手順で活用していきます。

- ① お子さんの病気(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学校に申し出てください。
 - ② 学校から「学校生活管理指導表」を受け取ってください。
 - ③ 配慮や管理が必要な疾患について、主治医に「学校生活管理指導表」の記載をお願いし、学校に提出してください。この文書料(診断書料)は、保護者負担となります。
 - ④ 「学校生活管理指導表」を基に、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決定します。この際、必要に応じさらに詳しい情報の提供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。継続して管理・指導が必要な場合は、原則として内容が同じでも毎年新しい「学校生活管理指導表」を提出してください。
- ◆ 学校での対応を希望されない場合でも、学校生活において配慮・管理が必要と思われる場合は、「学校生活管理指導表」の提出をお願いすることがあります。

2 学校給食における「食物アレルギー」対応については、以下の考えで行います。

- ① 学校給食における食物アレルギーの対応は、原因食物の除去を基本とします。原因食物を除去することによって失われる栄養価を別の食物を用いて補う対応はしません。
 - ② 主治医の先生により食物アレルギーと診断され、学校給食等での配慮・管理が必要とされる児童・生徒が対象となり、「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」の提出が必要です。進級時継続の場合は毎年提出し、原因食物の変更がある場合は年度途中でもその都度提出をお願いします。
 - ③ 実施の決定は、学校長が行います。お子さんの病状や原因食物の数、原因食物の厳しい除去、食品の特性、調理の過程や学校の実状等により、実施できない場合もあります。また、給食で著しく栄養価が不足する時は、お弁当の持参をお願いすることがあります。
- ◆ 対応を希望される場合は、「学校生活管理指導表」等の必要書類をお渡しますので、すみやかに申し出ください。給食が始まる前に保護者の方と学校関係者の個別面談等を行います。

表 学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)

名前

(男・女) 年 月 日生 年 月 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	緊急時連絡先
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 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 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ()内に除去根拠を記載 [除去根拠] 該当するものを全てを()内に記載 ① 明らかなき症状の既往 ② 食物経口負荷試験陽性 ③ 尿抗原抗体検査結果陽性 ④ 未採取 () に具体的な食品名を記載 1. 鶏卵 () 2. 牛乳・乳製品 () 3. 小麦 () 4. ソバ () 5. ビーナッツ () 6. 甲殻類 () 7. 木の美類 () 8. 果物類 () 9. 魚類 () 10. 肉類 () 11. その他1 () 12. その他2 () 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 1. 管理不要 2. 管理必要 B 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要 C 運動 (体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要 D 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 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。 鶏卵：卵殻カルシウム 牛乳：乳糖・乳清凝成カルシウム 小麦：澱粉・酢・味噌 大豆：大豆油・醤油・味噌 コマ：ゴマ油 魚類：かつおだし・いりこだし・魚醤 肉類：エキス F その他の配慮・管理事項(自由記述)	★保護者 電話： ★連絡医療機関 医療機関名： 電話： 記載日 年 月 日 医師名 医療機関名
アレルギー病型 (アレルギーなし) アレルギー病型 (アレルギーなし) 気管支ぜん息 (あり・なし) 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良 治療 回-1 長期管理薬 (吸入) 1. ステロイド吸入薬 () 薬剤名 () 投与量/日 () 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 () () () 回-2 長期管理薬 (内服) 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 () 薬剤名 () 2. その他 () () () 回-3 長期管理薬 (注射) 1. 生物学的製剤 () 薬剤名 () 発作時の対応 1. ベータ刺激薬吸入 () 薬剤名 () 投与量/日 () 2. ベータ刺激薬内服 () () ()	学校生活上の留意点 A 運動 (体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要 B 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 1. 管理不要 2. 管理必要 C 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 D その他の配慮・管理事項(自由記述)	★保護者 電話： ★連絡医療機関 医療機関名： 電話： 記載日 年 月 日 医師名 医療機関名

学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)

名前 _____ (男・女) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 年 _____ 月 _____ 日 提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病型・治療		学校生活上の留意点		記載日
アトピー性皮膚炎 (あり・なし) 重症度のめやす (厚生労働科学研究班) 1. 軽症：面癩に限わらず、軽度の皮疹のみ見られる。 2. 中等症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満に見られる。 3. 重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満に見られる。 4. 最重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上に見られる。 *軽度の皮疹：軽度の紅斑、乾癬、発疹、発赤、浸潤、苔癬化などを伴う病変 *強い炎症を伴う皮疹：紅斑、丘疹、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変 回-1 常用する外用薬 1. ステロイド軟膏 2. タクロリムス軟膏 (「プロトピック®」) 3. 保湿剤 4. その他 () 回-2 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他 () 回-3 常用する注射薬 1. 生物学的製剤		学校生活上の留意点 A プール指導及び長時間の紫外線下での活動 1. 管理不要 2. 管理必要 B 動物との接触 1. 管理不要 2. 管理必要 C 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要 D その他の配慮・管理事項(自由記載)		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____
アレルギー性結膜炎 (あり・なし) 病型 1. 通年性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 () 治療 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 ()		学校生活上の留意点 A プール指導 1. 管理不要 2. 管理必要 B 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 C その他の配慮・管理事項 (自由記載)		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____
アレルギー性鼻炎 (あり・なし) 病型 1. 通年性アレルギー性鼻炎 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 治療 1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬 (内服) 2. 鼻噴霧ステロイド薬 3. 舌下免疫療法 (タニ・スギ) 4. その他 ()		学校生活上の留意点 A 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 B その他の配慮・管理事項 (自由記載)		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 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、本票に記載された内容を学校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 _____

食物アレルギー対応申出書 (新規・継続・追加)

板橋区立中台中学校
学校長 宮澤 一則 様

(生徒氏名) 新7年 組 _____ は、この度学校生活管理指導表により食物アレルギーの診断を受けました。つきましては、学校生活管理指導表を添付し、今後学校給食の提供に際して以下の原因食物についての対応を申し出いたします。

なお、食物アレルギー対応の実施にあたり学校からの説明を受けます。

原因食物

(食材、食品名等を詳細に)

年度途中の変化については、主治医の診断の基に対応申出書等 (管理指導表) を再提出いたします。

令和 年 月 日

保護者氏名 _____ 印 _____

アドレナリン自己注射薬(薬品名:エピペン®)
預かり依頼書 兼 緊急時使用依頼書

板橋区立中台中学校
校長 宮澤 一則様

(児童・生徒氏名) 新 7 年 組 _____ は、以下のとおり
アドレナリン自己注射薬(薬品名:エピペン®)について学校での預かりを依頼します。
また、児童・生徒にアナフィラキシー症状が発症した緊急時に、アドレナリン自己注射薬
(薬品名:エピペン®)を教職員が使用することを依頼いたします。

ただし、この使用については、原則として児童・生徒本人が行います。
なお、対応期間は1年間とします。対応の依頼を継続する場合は、毎年年度当初に、
主治医による診断と指導に基づき内容の見直しを行います。

- 1 エピペンの種類 (該当する方に☑)
 エピペン®0.15mg(_____ 本) エピペン®0.3m(_____ 本)
- 2 児童・生徒のエピペン®使用経験 (該当する方に☑)
 ない
 ある いつ頃 _____ ・ その時の状況 _____

※副作用がある場合 _____

- 3 処方している病院・主治医等
- (1) 病院名: _____ 連絡先: _____ (_____)
(2) 主治医氏名: _____ 診療科: _____
(3) カルテ(ID)番号: _____

- 4 添付書類
- 「学校生活管理指導表(アレルギー用)」(「学校生活管理指導表」なしではこの
依頼書は受理できません)
 その他(_____)

- 5 依頼内容 (該当する方に☑)
- ① 預かり依頼について
 ② 緊急時における使用依頼について

令和 年 月 日

保護者氏名 _____ 印