

名前 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 ( \_\_\_\_\_ 歳) \_\_\_\_\_ 学校 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 組

提出日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※以下は、医療機関で記入する。

学校生活管理指導表(食物アレルギー用)

※江津市教育委員会使用

<b>食物アレルギー(あり・なし)</b>	<b>病型・治療</b>		<b>学校生活上の留意点</b>		<b>★保護者</b> 電話：  <b>★連絡医療機関</b> 医療機関名： 電話：  <b>【緊急時連絡先】</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載)</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		<b>A. 給食</b> 1. 管理不要 2. 管理必要 <b>B. 食物・食材を扱う授業・活動</b> 1. 管理不要 2. 管理必要																												
	<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(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( _____)		<b>C. 運動(体育・部活動等)</b> 1. 管理不要 2. 管理必要 <b>D. 宿泊を伴う校外活動</b> 1. 管理不要 2. 管理必要 <b>E. 原因物質を除去する場合により厳しい除去が必要なもの</b>																												
	<b>C. 原因食物・除去根拠</b> ※該当する食品番号に○印を付け、具体的な食材を( )内に、又除去根拠を右の表の番号で記載(複数記入可)		※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、乳清焼成カルシウム 小麦：醤油、酢、味噌 大豆：大豆油、醤油、味噌 ゴマ：ゴマ油 魚類：かつおだし、いりこだし、魚醤 肉類：エキス  <b>F. その他の配慮・管理事項(自由記載)</b>																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">原因食品(食材)</th> <th style="width: 30%;">除去根拠</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. 鶏卵</td><td></td></tr> <tr><td>2. 牛乳・乳製品</td><td></td></tr> <tr><td>3. 小麦</td><td></td></tr> <tr><td>4. ソバ</td><td></td></tr> <tr><td>5. ピーナッツ</td><td></td></tr> <tr><td>6. 甲殻類( _____ )</td><td></td></tr> <tr><td>7. 木の实類( _____ )</td><td></td></tr> <tr><td>8. 果物類( _____ )</td><td></td></tr> <tr><td>9. 魚類( _____ )</td><td></td></tr> <tr><td>10. 肉類( _____ )</td><td></td></tr> <tr><td>11. その他1( _____ )</td><td></td></tr> <tr><td>12. その他2( _____ )</td><td></td></tr> </tbody> </table>		原因食品(食材)	除去根拠	1. 鶏卵		2. 牛乳・乳製品		3. 小麦		4. ソバ		5. ピーナッツ		6. 甲殻類( _____ )		7. 木の实類( _____ )		8. 果物類( _____ )		9. 魚類( _____ )		10. 肉類( _____ )		11. その他1( _____ )		12. その他2( _____ )		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px; text-align: center; vertical-align: middle;">除去根拠</td> <td>                     ① 明らかな症状の既往                      ② 食物負荷試験陽性                      ③ IgE抗体等検査結果陽性                      ④ 未摂取                 </td> </tr> </table>		除去根拠	① 明らかな症状の既往 ② 食物負荷試験陽性 ③ IgE抗体等検査結果陽性 ④ 未摂取
原因食品(食材)	除去根拠																														
1. 鶏卵																															
2. 牛乳・乳製品																															
3. 小麦																															
4. ソバ																															
5. ピーナッツ																															
6. 甲殻類( _____ )																															
7. 木の实類( _____ )																															
8. 果物類( _____ )																															
9. 魚類( _____ )																															
10. 肉類( _____ )																															
11. その他1( _____ )																															
12. その他2( _____ )																															
除去根拠	① 明らかな症状の既往 ② 食物負荷試験陽性 ③ IgE抗体等検査結果陽性 ④ 未摂取																														
※記入欄が不足する場合は、右隣の「F. その他の配慮・管理事項(自由記載)」欄に詳細を記入																															
<b>D. 緊急時に備えた処方薬</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(「エビベン®」) 3. その他( _____)																															
<b>病型・治療</b>		<b>学校生活上の留意点</b>		記載日  年 月 日																											
<b>A. 病型</b> 1. 乳糖不耐症 2. その他の疾病 ( _____ )		<b>A. 給食</b> 1. 管理不要 2. 管理必要 <b>B. 食物・食材を扱う授業・活動</b> 1. 管理不要 2. 管理必要 <b>C. 宿泊を伴う校外活動</b> 1. 管理不要 2. 管理必要		医師名  ⑧																											
<b>B. 処方薬</b>		<b>D. その他の配慮・管理事項(自由記載)</b>		医療機関名																											
<b>飲用牛乳(可・不可)</b>																															

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。

保護者署名： \_\_\_\_\_