

学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）の記入について

学校でのアレルギー対応は、「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」に基づいて行ってまいりますので、正確にご記入くださいますようお願いいたします。

記入手順および注意事項

1 食物アレルギー (あり・なし)	病型・治療	学校生活上の留意点	★保護者 電話: ① 本人との連絡() ② 本人との連絡()
	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	【給食】 1. 管理不要 2. 管理必要 【食物・食材を扱う授業・活動】 1. 管理不要 2. 管理必要 【運動(体育・部活動等)】 1. 管理不要 2. 管理必要 【宿泊を伴う校外活動】 1. 配慮不要 2. 食事やイベントの際に配慮が必要	★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
	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(種類) 5. 医薬品(原因薬品) 6. その他()	E. その他の確認事項 ※該当する場合は給食対応が医療となる場合があります。 1. 以下に○をつけてください。 ① 揚げ油の共用(できる・できない) ② 原因食物が調味料、出汁、添加物に使われている場合(食べられる・食べられない) ③ 原因食物の微量混入対応(必要・不要) ④ 加工食品の原材料の欄外表記がある場合(食べられる・食べられない) 2. 摂取不可能なものに○をつけてください。 <input type="checkbox"/> 卵殻カルシウム(鶏卵) <input type="checkbox"/> 乳糖・乳糖生成カルシウム(牛乳) <input type="checkbox"/> 醤油・酢・味噌(小麦) <input type="checkbox"/> 大豆油・醤油・味噌(大豆) <input type="checkbox"/> ゴマ油(ゴマ) <input type="checkbox"/> かつおだし・いわしだし・魚醤(魚類) <input type="checkbox"/> エキス(肉類)	★速報医療機関 13 *以下は医師が診断の上、記入してください。(保護者の記入は不可)
	C. 原因食物・診断根拠 該当する欄に○を付し、診断根拠・症状・重症度を右の表より選択し、数字で記載。()内に具体的な食品名を記載。	F. その他の配慮・管理事項(自由記載)	
	D. 緊急時に備えた処方薬(あり) 1. 内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド) 2. アドレナリン自己注射薬(「エピペン®」) 3. その他()		

- 1 食物アレルギー「あり」に○をお願いします。また、アナフィラキシーの有無に○を付けてください。〈全員〉
- 2 食物アレルギーの病型に○を付けてください。〈全員〉
- 3 アナフィラキシーの病型に○を付けてください。〈1でアナフィラキシーありの場合〉
- 4 救急搬送歴と入院歴を記入してください。〈全員〉
- 5 原因食物と診断根拠を記入してください。〈全員〉
 - ・ 診断根拠として重要なのは、1. 明らかな症状の既往と 2. 食物経口負荷試験陽性です。摂取可能であるにも関わらず、3. 血液検査陽性だけを根拠に原因食物の除去を指示することのないようにお願いします。
 - ・ 4. 未摂取で除去が必要な食物がある場合のみ記入してください。
- 6 緊急時に備えた処方薬の有無に○をつけてください。〈全員〉
 - ※ 処方薬が「あり」の場合は、具体的に記入してください。
- 7 学校生活の各場面における管理の要否に○をつけてください。〈全員〉
 - ・ 【給食】は、原因食物提供の有無に関わらず、必ず2.管理必要に○をつけてください。
 - ※ 船橋市の学校給食では「食物アレルギーを有する児童生徒」は、その原因食物の種類を問わず「管理が必要である」と考えます。
- 8 以下の項目は「不可」の場合、給食の全提供を見合わせるようになるので、慎重に考慮ください。〈全員〉
 1. 可否に○をお願いします。
 - ① 原因食物を揚げた後の油を使用した料理を提供する場合(微量のアレルゲンの流出に対する配慮)
 - ② 原因食物が調味料、出汁、添加物に使用されている場合(微量のアレルゲンの流出に対する配慮)
 - ③ 原因食物以外の食品についても注意が必要な場合
Ex)このしらすはエビ、カニが生息している海域で漁獲しています
 - ④ コンタミネーションの可能性がある場合
Ex)本品製造工場ではソバを含む製品を生産しています
 2. 記載されている食材は、極微量のアレルゲンが含有されている程度であり、症状誘発の原因にはなりにくいと考えます。(これらの食品が摂取不可の場合は、給食の全提供を見合わせるようになります。)
- 9 保護者が記入します。
- 10 緊急時の連絡先を記入してください。〈全員〉
 - ※ 学校で緊急を要すると判断した場合は、緊急時連絡先より先に救急車を要請します。
- 11 この用紙を一番初めに記載した日(診断日)、医師名、医療機関名を記入してください。〈全員〉
 - ※ 記載内容の確認のため、学校または船橋市教育委員会から連絡をすることがあります。
- 12 補足や特に確認が必要な事項がある場合は、記載をお願いします。
- 13 2回目以降の診断の変更有無を記入してください。〈全員〉
 - ・ 船橋市では、最低年1回は医療機関を受診し、本表の提出を求めています。
 - ・ 内容の変更や原因食物の解除などは、本表の提出を以て行い、口頭や他書式は認めません。
 - ・ 本表は、過去の状況を把握するため最大9年間使用します。(小学校から中学校へそのまま引き継ぎます。)