様式3

学校生活管理指導表（食物アレルギー用）

【那覇市教育委員会】

（名前）　　（ 男 ・ 女 ）（生年月日）平成　　年　　月　　日生（　　歳）　　学校　　年　　組　（提出日）平成　　年　　月　　日

食物アレルギー（あり・なし）
アナフィラキシー（あり・なし）

病型・治療

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（　　）

C. 原因食物・診断根拠

※ 該当する食品（材）に○印をつけ、診断根拠、除去の程度、症状に該当するものを右の表の番号で記載（複数記入可）

	原因食品（食材）	診断根拠	除去程度	症状
1	鶏卵			
2	牛乳・乳製品			
3	小麦			
4	そば			
5	落花生（ピーナッツ）			
6	えび			
7	かに			
8	種実類・木の実類（　　）			
9	果物類（　　）			
10	魚類（　　）			
11	肉類（　　）			
12	その他（　　）			
13	その他2（　　）			

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（　　）

学校生活上の留意点

A. 給食

1 管理不要
2 保護者と相談し決定

B. 食物・食材を扱う授業・活動

1 配慮不要
2 保護者と相談し決定

C. 運動（体育・部活動等）

1 管理不要
2 保護者と相談し決定

D. 宿泊を伴う校外活動

1 配慮不要
2 食事やイベントの歳に配慮が必要

E. その他の配慮・管理次項（自由記載）

診断根拠	① 明らかな症状の既往症 ② 食物負荷試験 ③ IgE抗体等検査結果陽性 ④ その他
除去程度	① 完全除去 ② 少量であれば可（つなぎなど） ③ 加熱すれば可 ④ その他
症状	① 発赤・じんましん ② 湿疹 ③ 鼻汁・せき・ぜん息 ④ 腹痛・嘔吐・下痢 ⑤ 口腔過敏症状 ⑥ アナフィラキシー ⑦ ショック症状 ⑧ その他

緊急連絡先

★ 保護者
保護者氏名①：
電話：
保護者氏名②：
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

㊞

保護者記入欄

● 学校における日常の取り組み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教職員全員で共有することに同意しますか。

1 同意する

2 同意しない

保護者署名

㊞