

様式3

洲本市教育委員会

※学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)は、今までの検査データや家族の申告等に基づくものであり、今回記載した物質以外でもアレルギー症状を起こす可能性がありますので、留意が必要です。
※医師への再評価対象外の方は、児童生徒情報及び、緊急時連絡先のみ記入いただき提出願います。

名前 _____ 男・女 _____ 年 _____ 月 _____ 日生（ _____ 歳） _____ 学校 _____ 年 _____ 組 提出日 令和 _____ 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				学校生活上の留意点		★保護者	
		A. 食物アレルギー病型（食物アレルギーが有りの場合のみ記載） 1. 即時型 2. 遅延型 3. 口腔アレルギー型 4. その他（ _____ ）				A. 学校給食 1. 管理不要 2. 要管理 ※除去食希望申請書 あり・なし		電 話 _____	
		B. アナフィラキシー病型（アナフィラキシーの既往が有りの場合のみ記載） 1. 食物 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. 食物・食材を扱う授業・活動 1. 配慮不要 2. 要配慮		★連絡医療機関 医療機関名 _____	
		C. 原因食物・診断根拠等 ※該当する食品の番号に○をし、かつ診断根拠、除去の程度、症状を該当するもの全てを右表の番号で記載（複数記入可）				C. 運動 1. 管理不要 2. 要管理		電 話 _____	
				【診断根拠】 ①明らかな症状の既往 ②食物負荷試験陽性 ③IgE抗体等検査結果陽性 ④その他 【除去の程度】 ①完全除去 ②少量であれば可 ③加熱すれば可 ④その他 【症状】 ①発赤・蕁麻疹 ②湿疹 ③鼻汁・咳・喘鳴 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		D. 宿泊を伴う校外活動 1. 配慮不要 2. 要配慮		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医 師 名 _____ 印 _____	
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液（「エピペン」） 3. その他（ _____ ）				E. その他の配慮・管理事項		医療機関名 _____			
給 食 内 容 に 関 し て 医 師 意 見 書	摂 取 で き な い 食 品 の 口 に チ ェ ッ ク	抗原の強さ		鶏 卵（※ 給食では完全に加熱した鶏卵しか提供しません）		牛 乳			
		□ 弱い		・卵黄が少量含まれ、高温加熱された食品類（パン粉、てんぷら粉など）		□ 牛乳そのもの（パック牛乳） □ 牛乳加工品 （牛乳を用いた食品類・菓子類・発酵乳など）			
		□ やや弱い		・全卵を微量に含み高温加熱された食品類（てんぷら、フライの衣など） ・加熱した卵白が少量含まれる食品類（練り製品（かまぼこ、伊達巻き、ちくわ）、そば、うどんなど） ・卵黄を主成分とした食品類で蒸す、湯通し程度に加熱したもの（ゆで卵の黄身など）		その他 _____			
		□ やや強い		・高温加熱した全卵が相当量含まれる食品類（ケーキ、カステラ、ドーナツ、アイスクリームなど） ・フライパンなどで高温加熱した全卵（錦糸卵など）					
□ 強い		・生の卵黄が含まれる食品類（マヨネーズなど） ・全卵を主成分とした食品類で蒸す程度に加熱したもの（プリン、茶わん蒸しなど） ・加熱の程度がよく確認できない卵を用いた料理（だし巻き卵、目玉焼き、卵とじ、オムレツ、卵スープ、親子丼など）		再評価の時期		令和 _____ 年 _____ 月 頃		喫食上注意すべき事項	

●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（ _____ ）