【2021年度改訂】　学校生活管理指導表（食物アレルギー用）

【京都府版】

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　性別＿＿　平成・令和　　年　　月　　日生　　立　　学校　　年　　組

＊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

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 〈アナフィラキシーの既往〉（あり・なし）
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）　※直近のアナフィラキシー（　　年前）

1. 食物（原因：　　）
2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー
3. その他

C　原因食物・除去根拠　該当する食品の番号に〇をし，かつ≪≫内に除去根拠を記載

	[　]に具体的な食品	除去根拠	食物摂取により経験した症状
1. 鶏卵		≪　≫	（　　）
2. 牛乳・乳製品		≪　≫	（　　）
3. 小麦		≪　≫	（　　）
4. ソバ		≪　≫	（　　）
5. ピーナッツ		≪　≫	（　　）
6. 木の実類	［すべて・クルミ・カシュー・アーモンド　］	≪　≫	（　　）
7. 甲殻類	［すべて・エビ・カニ　］	≪　≫	（　　）
8. 果物類	［　］	≪　≫	（　　）
9. 魚類	［　］	≪　≫	（　　）
10. 肉類	［　］	≪　≫	（　　）
11. 大豆		≪　≫	（　　）
12. 種実類	［ゴマ　］	≪　≫	（　　）
13. 軟体類・貝類	［　］	≪　≫	（　　）
14. その他1	［　］	≪　≫	（　　）
15. その他2	［　］	≪　≫	（　　）

【除去根拠】該当する番号全てを≪≫内に記載
①明らかな症状の既往
②食物経口負荷試験陽性
③ＩｇＥ抗体等検査結果陽性
④未摂取

【食物摂取により経験した症状】該当するもの全てを（　）に記載
a:皮膚・粘膜症状
（一部，広範）
b:消化器症状
c:呼吸器症状
d:循環器症状
e:神経症状

D　緊急時に備えた処方薬

1. 内服薬（薬品名：　　）
2. アドレナリン自己注射薬（「エピペン®」）
3. その他（薬品名：　　）

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

【緊急連絡先】

☆保護者
電話：

☆連絡医療機関
医療機関名：

電話：

E　原因食物を除去する場合，より厳しい除去が必要なもの

＊本欄に〇がついた場合，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

記載日
年　　月　　日

医師名
印

医療機関名

F　その他の配慮・管理事項（自由記述）

本診断書の内容については，年度ごとに再評価が必要です。
（次回提出予定日　：　　年　　月）

〇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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿