

【様式1】 学校生活管理指導表

名前 _____ (男・女) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 年 _____ 月 _____ 日 提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 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。

ア ナ フ イ ラ キ シ ー		食 物 ア レ ル ギ ー	
病型・治療		緊 急 時 連 絡 先	
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		★保護者 電話：	
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		★連絡医療機関 医療機関名：	
C 原因食物・除去根拠 ア) 該当する原因食物の番号に○を記載 イ) 該当する具体的な食品名に○を記載 ウ) 除去根拠の中から該当する番号を《 》に記載		（緊急時連絡先） 電話：	
ア) 原因食物 1. 鶏卵 2. 牛乳・乳製品 → パンに含まれる乳は喫食可能か？ 《 可 ・ 不可 》 3. 小麦 4. ソバ 5. ピーナッツ 6. 甲殻類 7. 木の実類 8. 果物類 9. 魚類 10. 肉類 11. その他 1 12. その他 2		ウ) 除去根拠 ① 明らかに症状の既往 ② 食物経口負荷試験陽性 ③ IgE抗体等検査結果陽性 ④ 未採取 鶏卵 牛乳 小麦 大豆 ゴマ 魚類 肉類	
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		F その他の配慮・管理事項（自由記述）	
医師名 年 月 日		記載日	
医療機関名		医師名	

学校における日常の取り組み、およ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および関係機関等で共有することに同意します。

保護者氏名