

学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）について

1 はじめに

記入は食物アレルギーの診療を受けている主治医に依頼してください。発行に際しては、病状を把握する必要があるため、初診時には記載できないことがあります。また、食物アレルギーは自然寛解することが多いため、毎年見直す必要があるとされています。

2 提出が必要な方

学校生活において、「何らかの配慮」を必要とする場合に提出します。食物アレルギーのために除食、弁当持参が必要、発症時の緊急対応が必要な場合などが代表的な理由です。

3 発行料金

診断書と同じ扱いになります。文書料は自費となり健康保険や子育て支援医療費助成制度の対象外であり、料金は医療機関により異なります。

4 記入方法

「学校生活管理指導表」の発行を希望される場合には、別紙の問診票に事前に記載し医療機関へ提出し発行を依頼します。問診表を元に医師と相談しながら作成しますので、誤りがないよう、十分注意して記入し、不明な場合には確認してから再提出してください。

a. 食物アレルギー・アナフィラキシー病型について

過去にアナフィラキシーの既往がある場合には、「あり」を選択してください。アナフィラキシーとは「複数の臓器にわたり症状がみられた」場合を意味します。じんま疹だけがみられるものは含まれません。

b. 現在の摂取状況について

それぞれの食物について、自宅での摂取状況をそれぞれ記入してください。「制限なく」というのは集団生活で配膳される量や形態を十分食べられるということを意味します。なんらかの制限をしている場合には△とし、食べている範囲を「摂取状況」の欄に記入してください。

- ◎ 制限なく食べている
- △ ある程度食べている
- × 全く食べていない

△、×を記入した食品については、除去している理由①～④について、当てはまるものをすべて「根拠」の欄に記入してください。

- ①明らかな症状の既往……原因食物の摂取により、明らかなアレルギー症状がみられた
- ②食物負荷試験陽性……食物負荷試験により症状が誘発された
- ③IgE抗体等検査結果陽性……血液検査や皮膚テストなどのアレルギー検査が陽性である
- ④未摂取……まだ食べたことがないだけで特に根拠はない

③、④のみで除去している場合には早期に摂取の可否を検討することが望ましいとされています。

c. 緊急時に備えた処方薬

学校で症状がみられた場合に、何らかの医療行為を依頼する場合にはそれを記入してください。

d. 学校からの緊急受診先

アナフィラキシーの既往がある、またはエピペン[®]を所持している場合には、救急車ですぐに受診できる医療機関を記入する必要があります。発行する医療機関が対応できない場合には、事前に対応可能な医療機関などを紹介受診し、あらかじめ緊急時の受診を依頼しておく必要があります。

5 学校での除去食対応について

学校生活管理指導表を元に、実際の給食について相談し決定します。自宅で食べられる加工品があっても、個別対応すると作業が煩雑となり、かえって事故の危険性が高まります。このため集団生活では「完全除去を基本」として作業を単純化し、安全性を担保する、とされています。また、自宅で解除となった場合でも、運動や体調により症状が誘発されることがあるため、自宅で十分な期間安全に摂取できることを確認してから集団生活でも解除する必要があります。解除の際には診断書の提出は不要です。

楽しく安全な学校生活を送ることが出来るよう、制限が必要な食品について、再度主治医とよく相談する機会としてください。

学校生活管理指導表（アレルギー疾患用） 記入前問診票

フリガナ

記入者： (続柄：)

名前：

診察券番号：

記入日： 平成 年 月 日

	除去が必要な食物	摂取状況 (◎、△、×のいずれかと食べている範囲を記入) ◎・・・制限なく食べている △・・・ある程度食べている ×・・・全く食べていない	根拠 (該当するもの全てを記入) 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未摂取(根拠なし)
1	鶏卵		
2	牛乳・乳製品		
3	小麦		
4	ソバ		
5	ピーナッツ		
6	種実類・木の実類(クルミ・アーモンド・カシューナッツなど)		
7	甲殻類(エビ・カニ)		
8	果物類(キウイ・バナナなど)		
9	魚類(サバ・サケなど)		
10	肉類(鶏肉・牛肉・豚肉など)		
11	大豆		
12	ゴマ		
13	軟体類・貝類(イカ・タコ・ホタテ・アサリなど)		
14	魚卵(イクラ・タラコなど)		
15	その他		

アナフィラキシーの既往	有 ・ 無	「有」の場合、原因 ()
-------------	-------	---------------

緊急時に備えた処方薬			
1	内服薬	薬剤名：	なし
2	吸入薬	薬剤名：	なし
3	エピペン®	学校に依頼・自宅のみ	なし

緊急受診先	病院名	電話番号	診察券番号
-------	-----	------	-------