

令和6年12月10日

保護者の皆様

福津市立津屋崎小学校
校長 西田 剛信

学校生活管理指導表等の提出について（依頼）

日頃より福津市の学校給食におきましては、御理解と御協力をいただき感謝申し上げます。市では、「学校給食における食物アレルギー対応指針」を策定し、それに基づいて食物アレルギーを有する児童生徒に対応をしています。

つきましては、食物アレルギーのため除去食を希望される方や、気管支ぜん息やアトピー性皮膚炎、アレルギー性結膜炎、アレルギー性鼻炎で学校生活において特別な配慮が必要な方は、必ず医療機関を受診され、

- 医師記入による「学校生活管理指導表」（アレルギー疾患用）
- 食物アレルギー個別取組プラン（事前調査票兼面談調書）
- 食物アレルギー緊急個別対応カード

を1月30日（木）入学説明会の際、受付に提出してください。

なお、説明会当日、アレルギー対応についての詳しい説明をいたします。

また、説明会終了後に時間をとって（15：00ごろ～16：00ごろ）相談の時間を設けます。御不明、御心配なことがありましたら、直接お尋ねください。

【問い合わせ先】

アレルギー及び学校生活管理指導表について
福津市教育委員会 学校教育課 学校給食係
電話 0940-52-2906

学校生活管理指導表以外について
福津市立津屋崎小学校
電話 0940-52-0075
FAX 0940-52-4205

表 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

名前 _____ (男・女) _____ 年 ____ 月 ____ 日生 _____ 年 ____ 組

提出日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

※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	学校生活上の留意点	★保護者
アナフィラキシー (あり・なし) 食物アレルギー (あり・なし)	(公財) 日本学校保健会作成	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	A 給食 1. 管理不要 2. 管理必要 <hr/> B 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要	【緊急時連絡先】 ★保護者 電話： <hr/> ★連絡医療機関 医療機関名： <hr/> 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（ ）	C 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要 <hr/> D 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 <hr/> E 原因食物を除去する場合により厳しい除去が必要なもの ※本欄に○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	
		C 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ〈 〉内に除去根拠を記載 1. 鶏卵 〈 〉 2. 牛乳・乳製品 〈 〉 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 〈 〉 ()	F その他の配慮・管理事項(自由記述)	医療機関名 _____
		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（ ）		
気管支ぜん息 (あり・なし)	(公財) 日本学校保健会作成	病型・治療	学校生活上の留意点	★保護者 電話： <hr/> ★連絡医療機関 医療機関名： <hr/> 電話：
		A 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良	A 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要	記載日 _____ 年 ____ 月 ____ 日
		B-1 長期管理薬（吸入） 1. ステロイド吸入薬 () () 2. ステロイド吸入薬／長時間作用性吸入ベータ刺激薬配合剤 () () 3. その他 () ()	B 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 1. 管理不要 2. 管理必要	医師名 _____ (印)
		B-2 長期管理薬（内服） 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 () 2. その他 ()	C 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要	医療機関名 _____
		B-3 長期管理薬（注射） 1. 生物学的製剤 ()	D その他の配慮・管理事項(自由記述)	
C 発作時の対応 1. ベータ刺激薬吸入 () () 2. ベータ刺激薬内服 () ()				

裏 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

名前 _____ (男・女) _____ 年 ____ 月 ____ 日生 _____ 年 ____ 組

提出日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

	病型・治療			学校生活上の留意点		記載日
	アトピー性皮膚炎 (あり・なし)	Ⅰ 重症度のめやす（厚生労働科学研究班） 1. 軽症：面積に関わらず、軽度の皮疹のみ見られる。 2. 中等症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満に見られる。 3. 重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満に見られる。 4. 最重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上に見られる。 *軽度の皮疹：軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変 *強い炎症を伴う皮疹：紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変			Ⅰ プール指導及び長時間の紫外線下での活動 1. 管理不要 2. 管理必要	
Ⅱ-1 常用する外用薬 1. ステロイド軟膏 2. タクロリムス軟膏 (「プロトピック®」) 3. 保湿剤 4. その他 ()		Ⅱ-2 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他 []	Ⅱ-3 常用する注射薬 1. 生物学的製剤	Ⅱ 動物との接触 1. 管理不要 2. 管理必要		医師名 _____
				Ⅲ 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要		医療機関名 _____
				Ⅳ その他の配慮・管理事項(自由記述)		
アレルギー性結膜炎 (あり・なし)	病型・治療			学校生活上の留意点		記載日
	Ⅰ 病型 1. 通年性アレルギー性結膜炎 2. 季節性アレルギー性結膜炎(花粉症) 3. 春季カタル 4. アトピー性角結膜炎 5. その他 () Ⅱ 治療 1. 抗アレルギー点眼薬 2. ステロイド点眼薬 3. 免疫抑制点眼薬 4. その他 ()			Ⅰ プール指導 1. 管理不要 2. 管理必要		年 ____ 月 ____ 日
				Ⅱ 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要		医師名 _____
				Ⅲ その他の配慮・管理事項(自由記載)		医療機関名 _____
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)	病型・治療			学校生活上の留意点		記載日
	Ⅰ 病型 1. 通年性アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎(花粉症) 主な症状の時期： 春、夏、秋、冬 Ⅱ 治療 1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬(内服) 2. 鼻噴霧用ステロイド薬 3. 舌下免疫療法(ダニ・スギ) 4. その他 ()			Ⅰ 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要		年 ____ 月 ____ 日
				Ⅱ その他の配慮・管理事項(自由記載)		医師名 _____
						医療機関名 _____

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。

保護者氏名 _____

令和 年度 食物アレルギー個別取組プラン（事前調査票兼面談調書）



保護者が記入し学校生活管理指導表・緊急時個別対応カードと一緒に学校へ提出して下さい。

福津市立 学校 年 組 児童生徒名 _____
 (生年月日：平成 年 月 日)

1 アナフィラキシー発症状況（生活管理指導表に「アナフィラキシー」ありの場合記入してください）

※ アナフィラキシーとは、以下の症状が複数同時にかつ急激に強く出現した状態をいいます。

じんましんなどの皮膚症状、腹痛や嘔吐などの消化器症状、咳・ゼーゼー・呼吸困難などの呼吸器症状

年齢	原因食品	症状（直近のものから記入）	ショック
			有・無
			有・無
			有・無
			有・無

2 処方薬の内容と保管場所（生活管理指導表に記載されている処方薬について記入してください）

内服薬：（ ） 軟膏：（ ）

保管場所：（ ）

エピペン 保管場所（ ）

3 原因食品と摂取後の具体的な症状・対応手順等

原因食品	症状	対応手順等	最終既往年月日等
<例>卵	口の中がかゆくなる⇒治まらない⇒強くなる	口をすすぐ⇒A薬を飲む⇒B薬を塗る	●年●月（●歳頃）

4 家庭における対応の程度（食事・外食・おやつについて注意していることなど）

5 学校生活上の留意点

A 給食		
食物アレルギー対応	<input type="checkbox"/> 希望する（基本除去食）	<input type="checkbox"/> 希望しない（弁当持参）
毎月の献立確認については	<input type="checkbox"/> 面談を希望	<input type="checkbox"/> 書面での対応を希望
B 食物・食材を扱う授業・活動		
<input type="checkbox"/> 希望する（対応内容) <input type="checkbox"/> 希望しない
C 運動（体育・部活動）		
<input type="checkbox"/> 希望する（対応内容) <input type="checkbox"/> 希望しない
D 宿泊を伴う校外活動		
<input type="checkbox"/> 希望する（対応内容) <input type="checkbox"/> 希望しない
E その他の配慮・管理事項		

6 情報の共有について

- (1) 学校生活管理指導表の記載内容について学校から主治医に直接確認することがあります。
- (2) 学校における日常の取組および緊急時の対応に活用するため、面談時の内容を教職員全員で共有し、教育委員会に報告します。
- (3) 他の児童生徒の理解と協力を得るため学校生活管理指導表等の内容を学級で説明します。

以上のとおり情報の共有について同意します。

保護者氏名

印

7 面談日時（学校記入欄）

日時	令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分
場所	
出席者	保護者 ()・校長/教頭・養護教諭・栄養士・担任・調理員 その他 ()

8 対応委員会での検討・決定事項 平成 年 月 日 ()

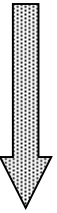
A 給食
B 食物・食材を扱う授業・活動
C 運動（体育・部活動）
D 宿泊を伴う校外活動
E その他の配慮・管理事項

①秘	年 組 児童生徒名		さん 食物アレルギー緊急時個別対応カード
----	-----------	--	----------------------

①原因食品名→	<small>※学校生活管理指導票と 全て同じ内容をお書きください</small>
---------	---

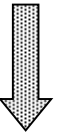


②症状→	症状が出た場合の対応→
------	-------------



☆アナフィラキシー：無・有	☆エピペン：無・有→保管場所（ ）
	☆薬：無・有→保管場所（ ）

③保護者の方緊急連絡先→	☆優先1 電話番号：	連絡先：続柄（ ）
--------------	------------	-----------



☆優先2 電話番号：→	連絡先：続柄（ ）
-------------	-----------

④医療機関名→	電話番号：	担当医師名→
---------	-------	--------

☆その他
