

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 月 組

提出日 年 月 日

病型・治療		学校生活上の留意点		記載日	
<p>(ありなし) アトピー性皮膚炎</p> <p>重症度の心やす (厚生労働科学研究班) 1. 軽症: 面顔に限らず、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. 重症症: 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: 顔面の紅斑、乾癬、痒疹、湿疹、皮膚腫れなどを伴う病変 *強い炎症を伴う皮疹: 紅斑、丘疹、びらん、湿潤、苔癬化などを伴う病変</p> <p>図-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 ()</p> <p>図-2 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他 []</p> <p>図-3 常用する注射薬 1. 生物学的製剤</p>		<p>図 フール指導及び風邪等の発熱下での活動 1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>図 動物との接触 1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>図 給食 1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>図 その他の配慮・管理事項(自由記載)</p>		<p>医師名</p> <p>医療機関名</p>	
<p>(ありなし) アレルギー性結膜炎</p> <p>図 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 ()</p> <p>図 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 ()</p>		<p>図 フール指導 1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>図 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>図 その他の配慮・管理事項(自由記載)</p>		<p>医師名</p> <p>医療機関名</p>	
<p>(ありなし) アレルギー性鼻炎</p> <p>図 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</p> <p>図 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 ()</p>		<p>図 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>図 その他の配慮・管理事項(自由記載)</p>		<p>医師名</p> <p>医療機関名</p>	

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