

【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

アトピー性皮膚炎 (あり・なし)	病型・治療		
	A 重症度のためやす(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		
	B-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 ()	B-2 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他 []	B-3 常用する注射薬 1. 生物学的製剤

アレルギー性結膜炎 (あり・なし)	病型・治療	
	A 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 ()	
	B 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 ()	

アレルギー性鼻炎 (あり・なし)	病型・治療	
	A 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	
	B 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 ()	

(公財)日本学校保健学会
作成

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

年 組

提出日 年 月 日

学校生活上の留意点		記載日
A 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		年 月 日
B 動物との接触 1. 管理不要 2. 管理必要		医師名 ㊟
C 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要		医療機関名
D その他の配慮・管理事項(自由記述)		
学校生活上の留意点		記載日
A プール指導 1. 管理不要 2. 管理必要		年 月 日
B 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要		医師名 ㊟
C その他の配慮・管理事項(自由記載)		医療機関名
学校生活上の留意点		記載日
A 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要		年 月 日
B その他の配慮・管理事項(自由記載)		医師名 ㊟
		医療機関名

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 _____