

郡市医師会長 様

一般社団法人 静岡県医師会
会長 篠原



静岡県における気管支ぜん息用および食物アレルギー・アナフィラキシー用
「学校生活管理指導表」様式の改訂について

平素より、本会学校保健事業に格段のご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、平成 25 年度より運用を開始いたしました「静岡県におけるアレルギー疾患用生活管理指導表」につきまして、別紙のとおり改訂することといたしましたのでご連絡申し上げます。

つきましては、貴職におかれましても本件についてご了知いただき、同指導表の円滑な運用がなされますようご理解、ご協力をお願い申し上げますとともに、周知方についてご高配を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

なお、本件につきましては、静岡県及び静岡県教育委員会を通じて、県内の各小・中学校・幼稚園・保育所に対しても周知を行いますこと、また、本会ウェブサイトへも掲載して、広く周知を図る予定でありますことを申し添えます。

記

1. 気管支ぜん息用「指導表」（保育所・学校）の改訂

日本小児アレルギー学会発行「小児気管支喘息治療・管理ガイドライン 2017」に準じ、病型・治療 B-2. 長期管理薬（内服薬・貼付薬）“3. ベータ刺激内服薬・貼付薬”の項目を削除することとした。

2. 食物アレルギー・アナフィラキシー用「指導表」の改訂

病型・治療 B. アナフィラキシー病型 “発症年齢およびエピペン®の使用歴”の項目を追加した。

静医発第 1778 号
平成 30 年 3 月 5 日

静岡県健康福祉部長 様

一般社団法人 静岡県医師会
会長 篠原



静岡県における気管支ぜん息用および食物アレルギー・アナフィラキシー用
「学校生活管理指導表」様式の改訂について

平素より、本会学校保健事業に格段のご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。
さて、平成 25 年度より運用を開始いたしました「静岡県におけるアレルギー疾患用生活管理指導表」につきまして、別紙のとおり改訂することといたしましたのでご連絡申し上げます。

つきましては、貴職におかれましても本件についてご了知いただき、同指導表の円滑な運用がなされますようご理解、ご協力をお願い申し上げますとともに、県下幼稚園・保育所等関係各位への周知方についてご高配を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

なお、本件につきましては、静岡県教育委員会を通じて、県内の各小・中学校・公立幼稚園に対しても周知を行いますこと、また、本会ウェブサイトへも掲載して、広く周知を図る予定でありますことを申し添えます。

記

1. 気管支ぜん息用「指導表」（保育所・学校）の改訂

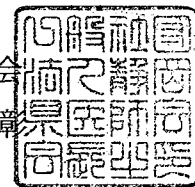
日本小児アレルギー学会発行「小児気管支喘息治療・管理ガイドライン 2017」に準じ、病型・治療 B-2. 長期管理薬（内服薬・貼付薬）“3. ベータ刺激内服薬・貼付薬”の項目を削除することとした。

2. 食物アレルギー・アナフィラキシー用「指導表」の改訂

病型・治療 B. アナフィラキシー病型 “発症年齢およびエピペン®の使用歴”の項目を追加した。

静岡県教育委員会
健康体育課長 様

一般社団法人 静岡県医師会
会長 篠原 章



静岡県における気管支ぜん息用および食物アレルギー・アナフィラキシー用
「学校生活管理指導表」様式の改訂について

平素より、本会学校保健事業に格段のご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、平成 25 年度より運用を開始いたしました「静岡県におけるアレルギー疾患用生活管理指導表」につきまして、別紙のとおり改訂することといたしましたのでご連絡申し上げます。

つきましては、貴職におかれましても本件についてご了知いただき、同指導表の円滑な運用がなされますようご理解、ご協力をお願い申し上げますとともに、県下小・中学校・公立幼稚園等関係各位への周知方についてご高配を賜りますようよろしくお願い申し上げます。なお、本件につきましては、静岡県を通じて、県内の幼稚園（国立・私立）・保育所に対しても周知を行いますこと、また、本会ウェブサイトへも掲載して、広く周知を図る予定でありますことを申し添えます。

記

1. 気管支ぜん息用「指導表」（保育所・学校）の改訂

日本小児アレルギー学会発行「小児気管支喘息治療・管理ガイドライン 2017」に準じ、病型・治療 B-2. 長期管理薬（内服薬・貼付薬）“3. ベータ刺激内服薬・貼付薬”の項目を削除することとした。

2. 食物アレルギー・アナフィラキシー用「指導表」の改訂

病型・治療 B. アナフィラキシー病型 “発症年齢およびエピペン®の使用歴”の項目を追加した。

気管支ぜん息用 学校生活管理指導表

児童・生徒氏名	性別 男・女	年 月 日生
学校名・クラス名	学校・年 組	(歳)

- 学校における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を教職員全員で共有することに同意しますか。 1. 同意する 2. 同意しない

保護者署名:

※主治医におかれましては、原則として、上記の「1.同意する」に該当する場合に本表の記入をお願いします。

記載した主治医の氏名	Ⓔ	記載日	年 月 日
所属医療機関の名称			

※現在の状況および今後1年間を通じて予測される状況を記載してください。

病型・治療 ※記入にあたってはガイドラインP22～29をご参照ください。	
A. 重症度分類（発作型） 1. 間欠型 2. 軽症持続型 3. 中等症持続型 4. 重症持続型	
B-1. 長期管理薬（吸入薬） 1. ステロイド吸入薬 2. 長時間作用性吸入ベータ刺激薬 3. 吸入抗アレルギー薬（「インターール®」） 4. その他（ ）	
B-2. 長期管理薬（内服薬） 1. テオフィリン徐放製剤 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 3. その他（ ）	
C. 急性発作時の対応 1. ベータ刺激薬吸入（商品名： ） 2. ベータ刺激薬内服（商品名： ） 3. ベータ刺激薬吸入後、内服（商品名： , ） 4. その他（ ）	
学校生活上の留意点 ※記入にあたってはガイドラインP30～36をご参照ください。	
A. 運動(体育・部活動等) ※記入にあたってはガイドラインP30～31にご留意ください(裏面に掲載)。 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. 強い運動は不可	
B. 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可(動物)	
C. 宿泊を伴う校外活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定	
D. その他の配慮・管理事項(自由記載)	
緊急時連絡先 ※連絡医療機関は保護者と相談のうえ記入してください。「救急車要請」と記載することも可。	
★保護者	電話① 電話②
★連絡医療機関 名称	電話

※管理指導表は症状等に変化がない場合であっても、配慮や管理が必要な間は、少なくとも毎年提出してください。

学校生活上の留意点欄「A. 運動(体育・部活動等)」欄について

※(財)日本学校保健会発行「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」より抜粋 (※P31)

「1. 管理不要」とされた場合

基本的には特段の配慮の必要はありません。発育期の児童生徒にとって、運動は心肺機能を高め、積極性を育むなど、心と体の成長のために重要な意味を持っており、「管理不要」とされた場合には、一律な運動制限をしないことも重要です。

しかし、「管理不要」と指示されていても、本人の訴えや症状によっては適切な対応をとる必要がある場合があります。特に寒い時期の長距離走は発作を誘発しやすい運動であり、3～4分間以上連続し、脈拍数がかなり上昇する強度の強い縄跳び、マット運動などにも注意が必要です。

また、普段は発作がなく活発に運動している「間欠型」に該当する児童生徒が、軽い発作で体育を見学する場合に、周囲から「さぼっている」と思われることがあります。このような場合には、記録係や審判など運動以外で体育に参加させるとともに、他の児童生徒の理解を得る担当教諭からの「理解ある一言」が重要です。

「2. 保護者と相談し決定」とされた場合

学校の取り組みを徹底するため、さらに詳細な情報が必要になります。そこで、以下のような追加調査票を通じて、関係する教職員と保護者・本人との間で発作が起こりやすい状況や体育見学の基準などについて確認しておきましょう。

■追加調査票の例

- ①発作が起こりやすい運動はありますか？(例：陸上競技 マラソン)
- ②発作の起こりやすい季節・天候はありますか？(例：冬空気が乾燥して冷たいとき)
- ③見学の判断基準は？
 - 特定の運動は見学(例：長距離走 マット運動)
 - 授業前の本人の申告で判断
 - 日々の発作の状況で判断
- ④発作予防で使用している薬はありますか？ はい() いいえ
- ⑤運動中、発作が起きた時の対処法 ()

「3. 強い運動は不可」とされた場合

一般的に準備運動のような強度の弱い運動よりも、強い運動で発作が誘発されるため、こうした指示が出ることがあります。発作の起こしやすさという点から運動の強さを定義することは容易ではありませんが、個々の児童生徒にとって発作を起こしやすい運動が何かを聞き取り、具体的にどのような運動を避けるかを話し合っておきましょう。

また、この場合、体育の見学が多くなりますので、見学時の学習内容を検討するとともに、評価に対する配慮も必要です。

さらに、運動などでしばしば発作を起こす、いつまでも体育に参加が出来ない児童生徒は、必要な治療を受けていない可能性がありますので、治療の見直しなどを保護者に促すことも検討してください。

保育所における気管支ぜん息用 生活管理指導表

提出日 年 月 日

氏名	性別 男・女
年 月 日生 (歳 ヶ月)	組

- 保育所における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を職員全員で共有することに同意しますか。 1. 同意する 2. 同意しない

保護者署名:

※主治医におかれましては、原則として、上記の「1.同意する」に該当する場合に本表の記入をお願いします。

記載した主治医の氏名	印	記載日	年 月 日
所属医療機関の名称			

※現在の状況および今後1年間を通じて予測される状況を記載してください。

病型・治療 ※記入にあたっては保育所用ガイドラインP9～15をご参照ください。	
A. 重症度分類 (発作型) 1. 間欠型 2. 軽症持続型 3. 中等症持続型 4. 重症持続型	
B-1. 長期管理薬 (吸入薬) 1. ステロイド吸入薬 2. 長時間作用性吸入ベータ刺激薬 3. 吸入抗アレルギー薬 (「インターール®」) 4. その他 ()	
B-2. 長期管理薬 (内服薬) 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 2. テオフィリン徐放製剤 3. その他 ()	
C. 急性発作時の対応 1. ベータ刺激薬吸入 (商品名:) 2. ベータ刺激薬内服 (商品名:) 3. ベータ刺激薬吸入後、内服 (商品名: ,) 4. その他 ()	
保育所での生活上の留意点 ※記入にあたっては保育所用ガイドラインP16～18をご参照ください。	
A. 寝具 1. とくになし 2. 防ダニシーツ等の使用 3. 保護者と相談	
B. 食物に関する留意点 1. とくになし 2. 食物アレルギー管理表参照	
C. 動物との接触	動物名
1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可()	
D. 外遊び、運動に対する配慮 1. とくになし 2. 保護者と相談し決定	
E. その他の配慮・管理事項(自由記載)	
緊急時連絡先 ※連絡医療機関は保護者と相談のうえ記入してください。「救急車要請」と記載することも可。	
★保護者	電話① 電話②
★連絡医療機関	名称 電話

※管理指導表は症状等に変化がない場合であっても、配慮や管理が必要な間は、少なくとも毎年提出してください。

病型・治療 「A. 重症度分類(発作型)」欄について

※厚生労働省発行「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」より抜粋（※P.11）

重症度分類

乳幼児でも、年長小児と同様にその患者における気管支喘息の重症度を適切に把握して治療の計画を立てていかなければならない。重症度とは用語からは、発作のときの重さを連想しがちであるが、それは発作強度という言葉で表し、ここで言う重症度という言葉は、呼吸困難発作の回数とそれ自体の重さ、呼吸困難があるようには見えないが、咳が出る、ゼーゼーするという症状の回数も考慮することと、それらの症状によって、どの程度日常生活に支障が出るのかということの意味する。重症度には、「見かけの重症度」と、行っている治療の内容を加味した「真の重症度」とがある。まず、見かけの重症度、即ち症状の程度と頻度のみによる重症度を説明し、それが治療内容と関連して真の意味での重症度が評価される過程を説明する。

本格的な治療を開始する前の臨床症状に基づく重症度を表1に示す。

【表1：治療前の臨床症状に基づく小児気管支喘息の重症度分類】

（小児気管支喘息治療・管理ガイドライン2008より）

重症度	症状程度ならびに頻度
間欠型	<ul style="list-style-type: none"> ・年に数回、季節性に咳嗽、軽度喘鳴が出現する。 ・時に呼吸困難を伴うこともあるが、β刺激薬の頓用で短期間で症状は改善し、持続しない。
軽症持続型	<ul style="list-style-type: none"> ・咳嗽、軽度喘鳴が1回/月以上、1回/週未満。 ・時に呼吸困難を伴うが、持続は短く、日常生活が障害されることは少ない。
中等症持続型	<ul style="list-style-type: none"> ・咳嗽、軽度喘鳴が1回/週以上。毎日持続しない。 ・時に中・大発作となり日常生活が障害されることがある。
重症持続型	<ul style="list-style-type: none"> ・咳嗽、軽度喘鳴が毎日持続する。 ・週に1～2回、中・大発作となり日常生活や睡眠が障害される。
最重症持続型	<ul style="list-style-type: none"> ・重症持続型に相当する治療を行っていても症状が持続する。 ・しばしば夜間の中・大発作で時間外受診し、入退院を繰り返し、日常生活が制限される。

【乳児喘息の診断に有用な所見】

※日本小児アレルギー学会発行「小児気管支喘息治療・管理ガイドライン2012」より抜粋(P.140)

“明らかな呼気性喘鳴を3エピソード以上繰り返す”

これに加えて以下の所見がある場合は、より喘息の診断に有用となる。

- ・両親の少なくともどちらかに、医師に診断された気管支喘息(既往を含む)がある。
- ・両親の少なくともどちらかに、吸入抗原に対する特異的IgE抗体が検出される。
- ・患児に、医師の診断によるアトピー性皮膚炎(既往を含む)がある。
- ・患児に、吸入抗原に対する特異的IgE抗体が検出される。
- ・家族や患児に、高IgE血症が存在する(血清IgE値は年齢を考慮した判定が必要である)。
- ・喀痰中に好酸球やクレオラ体が存在する(鼻汁中好酸球、末梢血好酸球の増多は参考にする)。
- ・気道感染がないと思われるときに呼気性喘鳴を来したことがある。
- ・ β 刺激薬吸入後の呼気性喘鳴や努力性呼吸の改善、または酸素飽和度の改善が認められる。

食物アレルギー・アナフィラキシー用 学校生活管理指導表

児童・生徒氏名	性別 男・女	年 月 日生
学校名・クラス名	学校・年 組	(歳)

● 学校における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を教職員全員で共有することに同意しますか。 1. 同意する 2. 同意しない

保護者署名:

※主治医におかれましては、原則として、上記の「1.同意する」に該当する場合に本表の記入をお願いします。

記載した主治医の氏名	印	記載日	年 月 日
所属医療機関の名称			

※現在の状況および今後1年間を通じて予測される状況を記載してください。

病型・治療 ※記入にあたってはガイドラインP61～68をご参照ください。	
A. 食物アレルギー病型 (食物アレルギーがある場合にのみ記載してください。)	
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	
B. アナフィラキシー病型 (アナフィラキシーの既往がある場合のみ記載してください。)	
年齢: (歳時) エピペン®の使用: 有 (歳時)	
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. 原因食物・診断根拠 ※記入にあたってはガイドラインP64～65にご留意ください(裏面に掲載)。	
該当食品の番号を○で囲み、診断の根拠を次の①～③から選択し、該当する全てを《 》内に記載してください。	
① 明らかな症状の既往 ② 食物負荷試験陽性 ③ IgE抗体等検査結果陽性	
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 (品名) 《 》	
7. 甲殻類 (エビ・カニ) 《 》 8. 果物類 (品名) 《 》	
9. 魚類 (品名) 《 》 10. 肉類 (品名) 《 》	
11. その他① (品名) 《 》 12. その他② (品名) 《 》	
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. 「エピペン®」(アドレナリン自己注射薬)	
3. その他()	
学校生活上の留意点 ※記入にあたってはガイドラインP69～79をご参照ください。	
A. 給食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	
B. 食物・食材を扱う授業・活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定	
C. 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	
D. 宿泊を伴う校外活動 1. 配慮不要 2. 食事やイベントの際に配慮が必要	
E. その他の配慮・管理事項 (自由記載)	

緊急時連絡先 ※連絡医療機関は保護者と相談のうえ記載してください。「救急車要請」と記載することも可。	
★保護者	電話① 電話②
★連絡医療機関 名称	電話

※管理指導表は症状等に変化がない場合であっても、配慮や管理が必要な間は、少なくとも毎年提出してください。

病型・治療欄「C. 原因食物・診断根拠」欄の「診断根拠」について

※(財)日本学校保健会発行「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」より抜粋 (※P64・65)

■ 診断根拠

一般に食物アレルギーを血液検査だけで診断することはできません。実際に起きた症状と食物アレルギー負荷試験などの専門的な検査結果を組み合わせ、医師が総合的に判断します。

食物の除去が必要な児童生徒であっても、その多くは除去品目数が数品目以内にとどまります。あまりに除去品目数が多い場合には、不必要な除去を行っている可能性が高いとも考えられます。除去品目数が多いと食物アレルギー対策が大変になるだけでなく、成長発達の著しい時期に栄養のバランスが偏ることにもなるので、そのような場合には「診断根拠」欄を参考に、保護者や主治医・学校医等とも相談しながら、正しい診断を促していく必要があります。

① 明らかな症状の既往

過去に、原因食物の摂取により明らかなアレルギー症状が起きているので、診断根拠として高い位置付けになります。ただし、鶏卵、牛乳、小麦、大豆などの主な原因食物は年齢を経るごとに耐性化(食べられるようになること)することが知られています。実際に乳幼児早期に発症する食物アレルギーの子どものおよそ9割は就学前に耐性化するので、直近の1~2年以上症状が出ていない場合には、「明らかな症状の既往」は診断根拠としての意味合いを失っている可能性もあります。主な原因食物に対するアレルギーがあって、幼児期以降に食物負荷試験などの耐性化の検証が行われていない場合には、既に食べられるようになっている可能性も十分に考えられるので、改めて主治医に相談する必要があります。ただ、上記の主な原因食物以外の原因食物(ピーナッツ、ソバ、甲殻類、魚類など)の耐性化率はあまり高くないことが知られています。

② 食物負荷試験陽性

食物負荷試験は、原因と考えられる食物を試験的に摂取して、それに伴う症状が現れるかどうかをみる試験です。この試験の結果は①に準じたものと考えられるため、診断根拠として高い位置付けになります。ただし、①の場合と同様に主な原因食物についての1年以上前の負荷試験の結果は信頼性が高いとは言えませんので、再度食べられるかどうか検討する必要があります。

食物負荷試験は専門の医師の十分な観察のもと、これまで除去していた原因食物を食べてみて、症状の有無を確認します。統一した負荷試験方法は現在のところありませんが、多くの施設では負荷総量を分割して15~30分おきに60分ほどかけて少しずつ増量していく方法がとられています。診断のときと同様に、耐性化(食べられるようになること)も血液や皮膚検査だけから判断することは出来ません。このため、耐性化の診断にも食物負荷試験が必須といえます。

③ IgE抗体等検査結果陽性

鶏卵や牛乳などの主な原因食物に対するIgE抗体値がよほど高値の場合には、③だけを根拠に診断する場合もあります。しかし、一般的には血液や皮膚の検査結果だけで、食物アレルギーを正しく診断することはできません。検査が陽性であっても、実際はその食品を食べられる子どもが多いのも事実です。

一般的な食物アレルギーの場合、除去しなければならない品目数は数種類にとどまります。このため、除去品目数が多く、①や②という根拠がなく、③だけが根拠の場合には、保護者を通じて主治医に除去の必要性について再度問い合わせをする必要がある場合があります。しばらく耐性化の検証が行なわれていないのであれば、食物負荷試験の実施を検討してもらいましょう。

子どものアレルギー疾患にかかる生活管理指導表 新旧対照表

現 行

改正案

食物アレルギー・アナフィラキシー用 学校生活管理指導表

食物アレルギー・アナフィラキシー用 学校生活管理指導表

児童・生徒氏名	性別 男・女	平成 年 月 日生
学校名・クラス名	学校・年 組	(歳)

児童・生徒氏名	性別 男・女	平成 年 月 日生
学校名・クラス名	学校・年 組	(歳)

● 学校における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を教職員全員で共有することに同意しますか。 1. 同意する 2. 同意しない
保護者署名:

● 学校における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を教職員全員で共有することに同意しますか。 1. 同意する 2. 同意しない
保護者署名:

※主治医におかれましては、原則として、上記の「1.同意する」に該当する場合に本表の記入をお願いします。

※主治医におかれましては、原則として、上記の「1.同意する」に該当する場合に本表の記入をお願いします。

記載した主治医の氏名	印	記載日	年 月 日
所属医療機関の名称			

記載した主治医の氏名	印	記載日	年 月 日
所属医療機関の名称			

※現在の状況および今後1年間を通じて予測される状況を記載してください。

※現在の状況および今後1年間を通じて予測される状況を記載してください。

病型・治療 ※記入にあたってはガイドラインP61～68をご参照ください。

病型・治療 ※記入にあたってはガイドラインP61～68をご参照ください。

A. 食物アレルギー病型 (食物アレルギーがある場合にのみ記載してください。)

A. 食物アレルギー病型 (食物アレルギーがある場合にのみ記載してください。)

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

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

B. アナフィラキシー病型 (アナフィラキシーの既往がある場合のみ記載してください。)

B. アナフィラキシー病型 (アナフィラキシーの既往がある場合のみ記載してください。)

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()

年齢: (歳時) エピペン®の使用: 有 (歳時)
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. 原因食物・診断根拠 ※記入にあたってはガイドラインP64～65にご留意ください(裏面に掲載)。

C. 原因食物・診断根拠 ※記入にあたってはガイドラインP64～65にご留意ください(裏面に掲載)。

該当食品の番号を○で囲み、診断の根拠を次の①～③から選択し、該当する全てを《 》内に記載してください。

該当食品の番号を○で囲み、診断の根拠を次の①～③から選択し、該当する全てを《 》内に記載してください。

① 明らかな症状の既往 ② 食物負荷試験陽性 ③ IgE抗体等検査結果陽性

① 明らかな症状の既往 ② 食物負荷試験陽性 ③ IgE抗体等検査結果陽性

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 (品名) 《 》
7. 甲殻類 (エビ・カニ) 《 》 8. 果物類 (品名) 《 》
9. 魚類 (品名) 《 》 10. 肉類 (品名) 《 》
11. その他① (品名) 《 》 12. その他② (品名) 《 》

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 (品名) 《 》
7. 甲殻類 (エビ・カニ) 《 》 8. 果物類 (品名) 《 》
9. 魚類 (品名) 《 》 10. 肉類 (品名) 《 》
11. その他① (品名) 《 》 12. その他② (品名) 《 》

D. 緊急時に備えた処方薬

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. 「エピペン®」(アドレナリン自己注射薬)
3. その他()

1. 内服薬 (抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) 2. 「エピペン®」(アドレナリン自己注射薬)
3. その他()

学校生活上の留意点 ※記入にあたってはガイドラインP69～79をご参照ください。

学校生活上の留意点 ※記入にあたってはガイドラインP69～79をご参照ください。

A. 給食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定

A. 給食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定

B. 食物・食材を扱う授業・活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定

B. 食物・食材を扱う授業・活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定

C. 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定

C. 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定

D. 宿泊を伴う校外活動 1. 配慮不要 2. 食事やイベントの際に配慮が必要

D. 宿泊を伴う校外活動 1. 配慮不要 2. 食事やイベントの際に配慮が必要

E. その他の配慮・管理事項 (自由記載)

E. その他の配慮・管理事項 (自由記載)

緊急時連絡先 ※連絡医療機関は保護者と相談のうえ記載してください。「救急車要請」と記載することも可。

緊急時連絡先 ※連絡医療機関は保護者と相談のうえ記載してください。「救急車要請」と記載することも可。

★保護者 電話① 電話②

★保護者 電話① 電話②

★連絡医療機関 名称 電話

★連絡医療機関 名称 電話

※管理指導表は症状等に変化がない場合であっても、配慮や管理が必要な間は、少なくとも毎年提出してください。
静岡県医師会子どものアレルギー疾患対策検討委員会 (2011.04)

※管理指導表は症状等に変化がない場合であっても、配慮や管理が必要な間は、少なくとも毎年提出してください。
静岡県医師会子どものアレルギー疾患対策検討委員会 (2018.02)

気管支ぜん息用 学校生活管理指導表

児童・生徒氏名	性別 男・女	平成 年 月 日生
学校名・クラス名	学校・年 組	(歳)

● 学校における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を教職員全員で共有することに同意しますか。 1. 同意する 2. 同意しない
保護者署名:

※主治医におかれましては、原則として、上記の「1.同意する」に該当する場合に本表の記入をお願いします。

記載した主治医の氏名	Ⓔ	記載日	年 月 日
所属医療機関の名称			

※現在の状況および今後1年間を通じて予測される状況を記載してください。

病型・治療 ※記入にあたってはガイドラインP22～29をご参照ください。	
A. 重症度分類（発作型） 1. 間欠型 2. 軽症持続型 3. 中等症持続型 4. 重症持続型	
B-1. 長期管理薬（吸入薬） 1. ステロイド吸入薬 2. 長時間作用性吸入ベータ刺激薬 3. 吸入抗アレルギー薬（「インターール®」） 4. その他（ ）	
B-2. 長期管理薬（内服薬・貼付薬） 1. テオフィリン徐放製剤 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 3. ベータ刺激内服薬・貼付薬 4. その他（ ）	
C. 急性発作時の対応 1. ベータ刺激薬吸入（商品名： ） 2. ベータ刺激薬内服（商品名： ） 3. ベータ刺激薬吸入後、内服（商品名： ） 4. その他（ ）	
学校生活上の留意点 ※記入にあたってはガイドラインP30～36をご参照ください。	
A. 運動（体育・部活動等） ※記入にあたってはガイドラインP30～31にご留意ください（裏面に掲載）。 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. 強い運動は不可	
B. 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可（動物 ）	
C. 宿泊を伴う校外活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定	
D. その他の配慮・管理事項（自由記載）	
緊急時連絡先 ※連絡医療機関は保護者と相談のうえ記入してください。「救急車要請」と記載することも可。	
★保護者	電話① 電話②
★連絡医療機関	名称 電話

※管理指導表は症状等に変化がない場合であっても、配慮や管理が必要な間は、少なくとも毎年提出してください。
静岡県医師会子どものアレルギー疾患対策検討委員会（2011.04）

気管支ぜん息用 学校生活管理指導表

児童・生徒氏名	性別 男・女	平成 年 月 日生
学校名・クラス名	学校・年 組	(歳)

● 学校における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を教職員全員で共有することに同意しますか。 1. 同意する 2. 同意しない
保護者署名:

※主治医におかれましては、原則として、上記の「1.同意する」に該当する場合に本表の記入をお願いします。

記載した主治医の氏名	Ⓔ	記載日	年 月 日
所属医療機関の名称			

※現在の状況および今後1年間を通じて予測される状況を記載してください。

病型・治療 ※記入にあたってはガイドラインP22～29をご参照ください。	
A. 重症度分類（発作型） 1. 間欠型 2. 軽症持続型 3. 中等症持続型 4. 重症持続型	
B-1. 長期管理薬（吸入薬） 1. ステロイド吸入薬 2. 長時間作用性吸入ベータ刺激薬 3. 吸入抗アレルギー薬（「インターール®」） 4. その他（ ）	
B-2. 長期管理薬（内服薬・貼付薬） 1. テオフィリン徐放製剤 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 3. ベータ刺激内服薬・貼付薬 4. その他（ ）	
C. 急性発作時の対応 1. ベータ刺激薬吸入（商品名： ） 2. ベータ刺激薬内服（商品名： ） 3. ベータ刺激薬吸入後、内服（商品名： ） 4. その他（ ）	
学校生活上の留意点 ※記入にあたってはガイドラインP30～36をご参照ください。	
A. 運動（体育・部活動等） ※記入にあたってはガイドラインP30～31にご留意ください（裏面に掲載）。 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. 強い運動は不可	
B. 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可（動物 ）	
C. 宿泊を伴う校外活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定	
D. その他の配慮・管理事項（自由記載）	
緊急時連絡先 ※連絡医療機関は保護者と相談のうえ記入してください。「救急車要請」と記載することも可。	
★保護者	電話① 電話②
★連絡医療機関	名称 電話

※管理指導表は症状等に変化がない場合であっても、配慮や管理が必要な間は、少なくとも毎年提出してください。
静岡県医師会子どものアレルギー疾患対策検討委員会（2018.02）

保育所における気管支ぜん息用 生活管理指導表

提出日 平成 年 月 日

氏名	性別 男・女
平成 年 月 日生 (歳 ヶ月)	組

- 保育所における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を職員全員で共有することに同意しますか。 1. 同意する 2. 同意しない
保護者署名:

※主治医におかれましては、原則として、上記の「1.同意する」に該当する場合に本表の記入をお願いします。

記載した主治医の氏名	印	記載日	年 月 日
所属医療機関の名称			

※現在の状況および今後1年間を通じて予測される状況を記載してください。

病型・治療 ※記入にあたっては保育所用ガイドラインP9～15をご参照ください。
A. 重症度分類（発作型） 1. 間欠型 2. 軽症持続型 3. 中等症持続型 4. 重症持続型
B-1. 長期管理薬（吸入薬） 1. ステロイド吸入薬 2. 長時間作用性吸入ベータ刺激薬 3. 吸入抗アレルギー薬（「インターール®」） 4. その他（ ）
B-2. 長期管理薬（内服薬・貼付薬） 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 2. ベータ刺激内服薬・貼付薬 3. テオフィリン徐放製剤 4. その他（ ）
C. 急性発作時の対応 1. ベータ刺激薬吸入（商品名： ） 2. ベータ刺激薬内服（商品名： ） 3. ベータ刺激薬吸入後、内服（商品名： ） 4. その他（ ）
保育所での生活上の留意点 ※記入にあたっては保育所用ガイドラインP16～18をご参照ください。
A. 寝具 1. とくになし 2. 防ダニシーツ等の使用 3. 保護者と相談
B. 食物に関する留意点 1. とくになし 2. 食物アレルギー管理表参照
C. 動物との接触 動物名 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可（ ）
D. 外遊び、運動に対する配慮 1. とくになし 2. 保護者と相談し決定
E. その他の配慮・管理事項（自由記載）
緊急時連絡先 ※連絡医療機関は保護者と相談のうえ記入してください。「救急車要請」と記載することも可。
★保護者 電話① 電話②
★連絡医療機関 名称 電話

※管理指導表は症状等に変化がない場合であっても、配慮や管理が必要な間は、少なくとも毎年提出してください。
静岡県医師会子どものアレルギー疾患対策委員会（2013年2月）

保育所における気管支ぜん息用 生活管理指導表

提出日 平成 年 月 日

氏名	性別 男・女
平成 年 月 日生 (歳 ヶ月)	組

- 保育所における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を職員全員で共有することに同意しますか。 1. 同意する 2. 同意しない
保護者署名:

※主治医におかれましては、原則として、上記の「1.同意する」に該当する場合に本表の記入をお願いします。

記載した主治医の氏名	印	記載日	年 月 日
所属医療機関の名称			

※現在の状況および今後1年間を通じて予測される状況を記載してください。

病型・治療 ※記入にあたっては保育所用ガイドラインP9～15をご参照ください。
A. 重症度分類（発作型） 1. 間欠型 2. 軽症持続型 3. 中等症持続型 4. 重症持続型
B-1. 長期管理薬（吸入薬） 1. ステロイド吸入薬 2. 長時間作用性吸入ベータ刺激薬 3. 吸入抗アレルギー薬（「インターール®」） 4. その他（ ）
B-2. 長期管理薬（内服薬・貼付薬） 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 2. ベータ刺激内服薬・貼付薬 2. テオフィリン徐放製剤 3. その他（ ）
C. 急性発作時の対応 1. ベータ刺激薬吸入（商品名： ） 2. ベータ刺激薬内服（商品名： ） 3. ベータ刺激薬吸入後、内服（商品名： ） 4. その他（ ）
保育所での生活上の留意点 ※記入にあたっては保育所用ガイドラインP16～18をご参照ください。
A. 寝具 1. とくになし 2. 防ダニシーツ等の使用 3. 保護者と相談
B. 食物に関する留意点 1. とくになし 2. 食物アレルギー管理表参照
C. 動物との接触 動物名 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可（ ）
D. 外遊び、運動に対する配慮 1. とくになし 2. 保護者と相談し決定
E. その他の配慮・管理事項（自由記載）
緊急時連絡先 ※連絡医療機関は保護者と相談のうえ記入してください。「救急車要請」と記載することも可。
★保護者 電話① 電話②
★連絡医療機関 名称 電話

※管理指導表は症状等に変化がない場合であっても、配慮や管理が必要な間は、少なくとも毎年提出してください。
静岡県医師会子どものアレルギー疾患対策委員会（2018.02）