

5 アレルギー疾患用学校生活管理指導表の活用 ～主治医～

1 アレルギー疾患用学校生活管理指導表に基づく取り組み

学校(園)は、アレルギー疾患を有する子どもに適切な健康管理や指導を行うにあたり、各疾患の特徴を理解し、主治医からの指導に従って進めることが大切です。疾患によっては、症状が運動や食物摂取後、急速に進行する場合もあることから、緊急時対応の体制づくりをしておく必要もあります。

「アレルギー疾患用学校生活管理指導表」(以下「学校生活管理指導表」)は、別紙様式を使用し、アレルギー疾患を有する子どもに関する情報を主治医等が記載し、保護者を通じて学校(園)に提出されます。

(1) 学校生活管理指導表に基づく学校における健康管理や指導の流れ

- ① 学校は、保護者が健康上、配慮や管理を希望する場合、「学校生活管理指導表」を渡します。その他、学校(園)の活動で食事対応が必要な場合(給食、調理実習、宿泊学習等)や、食物アレルギー・アナフィラキシー発症時の対応としてエピペン[®]や内服薬が処方されている場合、また、学校(園)もしくは主治医・学校医が学校生活(集団生活)での取組が必要と考える場合にも「学校生活管理指導表」を活用します。
- ② 該当の保護者は、主治医(医療機関)に「学校生活管理指導表」を持参し、記入を依頼します。
- ③ 学校(園)は、提出された「学校生活管理指導表」をもとに、管理職や養護教諭、担任等関係職員が共通理解を図るとともに、校内の体制づくりに努めます。
また、状況に応じ、学校(園)と保護者、学校医等関係者と学校での配慮事項や対応などについて相談を行います。

(2) 様式について

「気管支ぜん息」、「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」、「食物アレルギー・アナフィラキシー」の各様式は、切り離さずセットで保護者が医療機関に持参します。医師は必要な様式に記入してください。

本表を活用して管理を行ってきた児童生徒については、令和5年度改訂版の後に前年度まで用いてきた「学校生活管理指導表」を添付いたします。添付の平成27年度改訂版/令和2年度改訂版を参考に令和5年度改訂版の「学校生活管理指導表」に記入してください。

2 記入上の注意

気管支ぜん息

〔病型・治療〕の欄について

A. 症状のコントロール

気管支ぜん息の長期管理の目標は、基本病態である気道炎症を抑制し、無症状の維持、呼吸機能や気道過敏性の正常化、QOLの改善を図り、最終的には寛解・治癒を目指すことです。薬物療法では、主に症状発現を予防するための長期管理薬(コントローラー)を

用いますが、それには、気道炎症を抑制するための抗炎症薬と長時間にわたって気道収縮を予防する気管支拡張薬があります。未治療の場合は重症度に応じた治療ステップの基本治療から治療を開始し、投与開始後は随時コントロール状態を評価して、治療内容を調整します。一般的には最近1か月程度の症状などをもとに下記の表1を参考に評価します。

1. 良好、2. 比較的良好、3. 不良の選択は下記の表を参照に記入して下さい。

表1 コントロール状態の評価(最近1か月の状態で評価) (小児気管支喘息治療・管理ガイドライン 2020 より一部改変)

コントロール状態	良好	比較的良好	不良
	すべて該当する	下記一つ以上該当ありかつ、 不良に該当がない	一つ以上該当あり
軽微な症状 ※1	なし	月1回以上	週1回以上
明らかな急性増悪(発作)	なし	なし	月1回以上
日常生活の制限 ※2	なし	軽微にあり	月1回以上
β2刺激薬の使用	なし	月1回以上	週1回以上

※1 運動や大笑い、啼泣後に一過性に認められる咳やぜん鳴、夜間の咳き込みなど

※2 夜間の覚醒、運動ができないなど

B. 長期管理薬

表2には、長期管理薬薬物療法プランを示しました。

この欄には、B-1. 長期管理薬(吸入薬)、B-2. 長期管理薬(内服薬)、B-3. 長期管理薬(注射)に分けて記載します。

表2 長期管理に関する薬物療法プラン(年長児 6~15歳)

	治療ステップ1	治療ステップ2	治療ステップ3	治療ステップ4
基本治療	長期管理なし	下記いずれかを使用 ・低用量ICS ・LTRA	下記いずれかを使用 ・中用量ICS ・低用量ICS/LABA	下記いずれかを使用 ・高用量ICS ・中用量ICS/LABA 以下の併用も可 ・LTRA ・テオフィリン徐放製剤
追加治療	LTRA	上記治療薬を併用	下記いずれかを使用 LTRA テオフィリン徐放製剤	以下を考慮 生物学的製剤(注射) 高用量ICS/LABA ICSのさらなる増量 経口ステロイド薬

LTRA: ロイコトリエン受容体拮抗薬、ICS: 吸入ステロイド薬、LABA: 長時間作用性β2刺激薬

ICSおよびICS/LABAの用量の目安(μg/日)

	低用量	中用量	高用量
FP、BDP、CIC	100	200	400
FP/SLM	100/50	200/100	400~500/100
FP/FM	100/10	200/20	400~500/20

FP:フルチカゾン、BDP:ベクロメタゾン、CIC:シクレソニド、SLM:サルメテロール、FM:ホルモテロール

C. 発作時の対応

急性発作治療薬(ベータ刺激薬吸入あるいは内服)を処方している場合には記載してください。

一般的な発作に対する対応としては、①安静、②急性発作治療薬の吸入や内服、③重症時には救急搬送となります。急性発作治療薬の使用にあたっては、学校と本人・保護者とで十分話し合いをして決めることになります。基本的に学校での使用は、発達段階に応じ、対応内容を確認しておくことが必要です。

子ども本人からの訴えや健康観察等により発作を早期に発見すること、子どもが急性発作治療薬を使用しやすい環境（場所の確保）を提供することについて、学校・保護者・主治医等がよく相談することが必要です。

〔学校生活上の留意点〕の欄について

A. 運動（体育・部活動等）

- ・ぜん息をもつ多くの子どもにとって、運動は発作の誘因となります。（運動誘発ぜん息）しかし、ぜん息がよくコントロールされている場合は、原則的には「管理不要」とします。
- ・「管理必要」とした場合は、D欄に発作が起こりやすい状況（運動：陸上競技・マラソンなど、季節：冬乾燥して冷たいとき）や見学の判断基準、運動誘発ぜん息の予防法や発作が起きたときの対処法を記載します。

B. 動物との接触やホコリなどの舞う環境での活動

学校では、うさぎなど有毛動物を飼育していることがあります。また、校外活動の際（例えば、社会科見学や遠足など）にも動物との接触の機会があります。

- ・動物に感作されていて、症状が出現するような子どもには、「管理必要」とし、D欄にその動物名と「動物へのアレルギーが強いため不可」と記載します。
- ・掃除当番で清掃時にホコリが舞うと発作を起こす子どもには、そのような活動を免除する必要がありますので、学校と本人・保護者で相談・確認するようにします。

C. 宿泊を伴う校外活動

宿泊を伴う校外活動時は、子どもが興奮したり、疲れたり、また宿泊地の気温、気圧の変化など、日常に比べ発作が起きやすい状況にあります。さらに、事情がわからない土地で、緊急時の対応がスムーズに行われにくい危険性もあるので、十分な配慮と事前の対策が重要です。

「管理必要」の場合は、D欄に、たとえば宿泊前から特別に治療を強化すること、紹介状の用意、活動先での対応の準備を記載します。宿泊地での生活指導（部屋での過ごし方）、宿泊地での吸入や内服を行う環境づくりも必要です。事前に学校と本人・保護者、主治医等で十分相談し、配慮事項等を確認することが重要です。

D. 配慮事項や管理事項について

この欄には、AからCで「管理必要」とした場合に上記に記載した内容などを具体的に記入してください。たとえば、A. 運動に関しては、運動前の予防薬の使用法や、運動中に発作が出現したときの対処法などを記載してください。ぜん息の好発季節である秋に症状が出現するような子どもに関しては、運動会やマラソン大会での注意点などを記載してもよいでしょう。

アトピー性皮膚炎

〔病型・治療〕の欄について

A. 重症度のめやす

アトピー性皮膚炎は皮膚症状の範囲と程度によって重症度の分類がなされます。重症であればあるほど、学校での取り組みを進める必要があります。重症度分類には様々な

ものがありますが、ここでは厚生労働科学研究班による重症度のめやすに従って記載をしてください。

- ・軽症とは皮膚の乾燥が主体の病変であり、毛孔一致性の鳥肌様皮膚（アトピー性皮膚）が認められても強い炎症を伴わない状態であり、病変の面積は問いません。
- ・紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化など強い炎症を伴う部位が体表面積の10%未満にみられる場合には中等症、10%以上、30%未満にみられる場合には重症、30%以上にみられる場合には最重症に○印を付けてください。
- ・なお、「学校生活管理指導表」は変更がないかぎり、1年間を通じて使用しますので、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加味して記載してください。

B. 常用する外用薬・内服薬・注射薬

本症は遺伝的素因（アトピー素因）に基づく、増悪・寛解を繰り返す、痒痒のある湿疹を主体とする疾患であり、治療の3本柱は①悪化因子への対策、②スキンケア（皮膚の清潔と保湿）、③薬物療法（患部への外用薬の塗布、痒みに対する内服薬の服用など）と位置付けられています。

- ・外用薬はステロイド外用薬とタクロリムス軟膏（プロトピック[®]）、デルゴシチニブ軟膏（コレクチム[®]）、ジファミラスト軟膏（モイゼルト[®]）および保湿剤が一般的であり、それ以外の非ステロイド系消炎外用薬は抗炎症作用が極めて弱く、接触皮膚炎を生じることから今日では使用が推奨されていません（日本皮膚科学会・日本アレルギー学会診療ガイドライン、一部加筆）。
- ・内服薬は抗アレルギー薬（第2世代抗ヒスタミン薬）を含む抗ヒスタミン薬を用いることが多く、痒みを軽減させるばかりでなく、外用薬と併用することによって湿疹の増悪を抑える働きがあることが示されています。
- ・また、新しい内服薬として、低分子化合物の JAK 阻害薬があり、アトピー性皮膚炎に関わるサイトカインのシグナル伝達を阻害することで、炎症や痒みを抑えます。12歳以上に用いることができる薬と15歳以上に用いることができる薬があり、既存治療で効果不十分なアトピー性皮膚炎に対して使用します。
- ・注射薬は生物学的製剤のデュピルマブ（デュピクセント[®]）があり、IL-4/IL-13の働きを直接抑えることで皮膚の2型炎症反応を抑制します。15歳以上の既存治療で効果不十分なアトピー性皮膚炎に対して使用します。
- ・この欄では、常用している薬剤に○印を付け、その他の薬剤や生物学的製剤を常用している場合には（ ）内または空欄に具体的な薬剤名を記載してください。

〔学校生活上の留意点〕の欄について

A. プールでの指導及び長時間の紫外線下での活動

本症の子どもの皮膚は刺激に敏感で、長時間強い紫外線を浴びることやプール水に含まれる塩素の刺激により痒みが助長されることがあります。皮膚の状態が悪く、過敏性が高い場合には、皮膚への負担を少なくする配慮が必要となります。

〔具体的な配慮事項〕

- ・紫外線により症状が悪化する子どもに対しては、長袖、日よけ帽子等で皮膚の露出を避けたり、休憩時間等の待機場所をテントの中にするなどの配慮が必要です。
- ・屋外プールでの水泳指導で紫外線を全身に浴びることにより皮膚炎が悪化する場合には、休憩時間は日陰で待機させたり、日焼け止めクリームやラッシュガード等の使用を許可するなどの配慮が必要です。
- ・プールの腰洗い槽の使用については、シャワー等による洗浄で代替するような配慮が必要です。
- ・眼の周りに症状がみられる場合には、プールでのゴーグルの着用が必要となる場合があります。

- ・プールでの水泳後には、皮膚に付着した塩素をシャワーでよく落とす指導が必要です。
- ・シャワーを浴びて体をよく拭いた後、持参した外用薬や保湿剤の塗布が必要な場合があります。その際、塗布する場所や時間の確保などについての配慮が必要です。

プールでの指導や屋外活動でとくに症状が悪化しない場合には「管理不要」とします。しかし、痒みが強くなったり、皮膚炎が悪化する場合には「管理必要」として、具体的な配慮事項や管理事項をD欄に記入してください。

B. 動物との接触

本症の子どもで動物の毛などにアレルギーがある場合には、直接、動物に触れなくても、飼育当番などで動物の毛やフケのある環境にいただけで、痒みが生じ、皮膚炎が悪化することがあります。

このような場合には、動物の飼育当番を免除する必要があります。その際、ほかの子どもの理解が得られるよう担任等が説明するとともに、代わりにできる係を担当させる等の配慮も大切です。

「管理必要」とする場合には、特定できている原因動物名と配慮法についてD欄に記入してください。

C. 発汗後

本症の子どもは多くは、汗による刺激で痒みが悪化します。本症の特徴として、汗のたまりやすい頸部、耳周囲、肘窩、膝窩などに高頻度に皮膚炎が生じることがあげられます。子どもは学校生活の中でたくさんの汗をかくので、学校にタオルやハンカチを持参させ、普段から「汗をかいたら拭く」習慣を身に付けさせることが大切です。

本症の子どもにとっては汗に対するスキンケアがとくに重要であり、こまめに汗を拭くだけでなく、体育の授業後には、体操服を必ず着替えるなどの効果的な汗対策を指導してください。

- ・一般に特別な配慮は不要ですが、汗による症状の悪化が明らかな場合には、濡らしたタオルで体中の汗を拭けるような場所(保健室など)を確保するなどの配慮も必要です。
- ・重症のアトピー性皮膚炎の場合、夏季にシャワーを浴びて汗を洗い流すことは症状の緩和に効果的です(群馬大学、広島大学によって報告)。温水シャワーの設備がある学校では、休み時間等を利用して夏季シャワー浴をさせることが理想です。

D. 配慮事項や管理事項について

- ・この欄には上記のような具体的な指導について記載してください。
- ・運動会、マラソン大会、修学旅行などにおける注意点などを記載するのもよいでしょう。
- ・同症の悪化因子の一つに精神的ストレスがあることも踏まえ、掻破行動や整容的な問題が差別やいじめに繋がらないよう学校において配慮してもらうことも重要とされます。

アレルギー性結膜炎

〔病型・治療〕の欄について

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)
- ・1, 2ともに眼球結膜(しろめ)が充血し、痒くて目を擦ります。

- ・眼瞼結膜（特に上瞼）にも充血、浮腫を示します。
- ・擦りすぎると眼球結膜（しろめ）がブヨブヨに水ぶくれのようになることもあります。
- ・長期化、慢性化してくると眼瞼結膜には乳頭増殖が目立ちます。
- ・通年性か季節性かは、病歴からも判断します。

3. 春季カタル

- ・眼瞼結膜の乳頭増殖が石垣状に巨大化します。（眼瞼型）
- ・角膜周辺部（角膜輪部）の充血、浮腫が著明となり、盛り上がってきます。（眼球型）
- ・角膜にも糜爛、潰瘍を起こし、痒みだけでなく異物感、痛みがあり、眼脂も出ます。

4. アトピー性角結膜炎

アトピー性皮膚炎に合併する慢性角結膜炎で特有な所見はありません。

5. その他

コンタクトレンズなどの刺激により、増殖性変化の伴う巨大乳頭結膜炎もあります。

B. 治療

1. 抗アレルギー点眼液

一日2回用と4回用があり、症状がない日でもしばらくの間は点眼を継続します。学校生活を考慮すれば一日2回用の点眼液も便利でしょう。

2. ステロイド点眼液

1の点眼液で症状が改善されない場合に追加で点眼します。眼圧の上昇などの副作用がありますので、眼科受診をすすめます。

3. 免疫抑制点眼液

春季カタルにのみ適用で、上記の点眼液で十分な効果が得られない時に点眼します。感染症の悪化などの副作用もありますので、眼科受診をすすめます。

4. その他

病態に応じてステロイド剤の内服、ステロイド剤眼軟膏の眼瞼塗布等があります。

〔学校生活上の留意点〕の欄について

A. プールでの指導

プール水に含まれる塩素は、目に刺激となり結膜炎を悪化させることがあります。本人の今までの経験を考慮し、保護者とも相談して対応します。

「管理必要」とした場合、C欄に、ゴーグルの着用、水泳後はシャワーで頭、顔面を洗い流し、眼球に対しては人工涙液を数滴点眼して洗眼することを記入してください。

B. 屋外活動

季節、天候により花粉やほこりの飛散状況は異なり、日によって症状の強弱があります。春から初夏の風の強い日は要注意です。本人の今までの経験を考慮し、保護者とも相談して対応します。

「管理必要」とした場合、C欄に帽子の着用、メガネやゴーグル装着での遮光・防塵、また、活動後は水道水で顔を洗い、汗を拭き取り、うがいもする、人工涙液による洗眼もよいなどを記入してください。

C. 配慮事項や管理事項について

白目が充血して痒くて目をこすっているときは、症状が発現しています。特に、コンタクトレンズ装着者は症状が強く出ます。そのようなときは目をこすることなく、抗アレルギー点眼剤を点眼します。本人が持参しているかどうかの確認が必要となります。

アレルギー性鼻炎

〔病型・治療〕の欄について

A. 病 型

1. 通年性アレルギー性鼻炎

原因のアレルゲンとして、ダニや家のほこり（ハウスダスト）、カビ、動物の毛・ふけ等があります。

2. 季節性アレルギー性鼻炎

- ・春 スギ、ヒノキ花粉症が最多
- ・初夏 カモガヤなどのイネ科の草花
- ・秋 ブタクザ、ヨモギ等のキク科の花粉

B. 治療

- ・薬物療法として、最近では花粉流行の2～3週間前より、抗アレルギー薬（第2世代抗ヒスタミン薬等）を服用するのがよいようです。
- ・症状が出たら抗ヒスタミン薬、ロイコトリエン拮抗薬の内服、局所療法として鼻噴霧用ステロイド薬が有効です。
- ・アレルゲン免疫療法には、舌下免疫療法（ダニ、スギ）と皮下免疫療法（ダニ、スギ、その他）があり、抗原をごく少量注射や舌下することからはじめて、次第に増量し、体の免疫力を高める方法です。
- ・その他として、点鼻薬（血管粘膜収縮剤）は、連用すると逆に症状が悪化するので注意が必要です。更に、重症であれば鼻粘膜焼灼、レーザー照射、手術による治療法があります。

〔学校生活上の留意点〕の欄について

A. 屋外活動

花粉飛散の多い日は、症状悪化（鼻閉で息苦しい、鼻水・くしゃみが多く出て集中できない、眼が非常にかゆい等）があり、マスク、花粉用眼鏡などの対応が必要です。一方、水泳は、皮膚への刺激を加えることで鼻の過敏性を低下させ、身体をきたえて体質改善も図ることができ、鼻炎をおこしにくくします。

「管理必要」とした場合、B欄には、花粉飛散の多い日はマスク等で予防し、屋外から室内に入るときは、衣服や髪の毛等に付着している花粉を払い落とすと記入してください。

B. 配慮事項や管理事項について

- ・授業中の居眠りや集中力の低下は、薬の服用や鼻づまりのための不眠によりおきます。配慮が必要な場合は、本人、保護者と相談して対応してください。
- ・頻回のくしゃみや鼻かみで、鼻の入り口付近の粘膜が荒れて鼻出血しやすくなります。鼻にティッシュ等をやや固めにつめ、「こばな」をはさむように押さえれば止まることが多いです。
- ・点鼻薬を学校で投与する場合は、学校と子ども・保護者がよく相談し、学校での環境づくり（場所の確保）が必要です。
- ・自転車通学でアレルギーの薬を飲んでいる生徒は、眠気等により危険な状況となる場合があるので、注意が必要です。

D. 緊急時に備えた処方箋

子どもが食物アレルギーおよびアナフィラキシーを発症した場合、その症状に応じて適切に対応をとることが求められます。

発症に備えて医薬品を処方する場合には、その使用法を含めた対応を記載します。実際の医薬品としては、皮膚症状などの軽症症状に対する内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬）と、アナフィラキシーショックに対して用いられるアドレナリン自己注射薬「エピペン[®]」となります。

様式5-2の食物アレルギーおよびアナフィラキシー発症時の対応（マニュアル）を参考にして、症状の程度に応じて治療・対応するように具体的に指導します。特に、判断に迷った時は積極的に治療していくように指示します。

「エピペン[®]」に関しては教職員全員の共通理解が必須であり、管理および緊急時の対応については、学校・教育委員会、保護者・本人、学校医、学校薬剤師などと十分な協議を行っておく必要があります。

- ・「エピペン[®]」は、本人もしくは保護者が自ら注射する目的で作られたもので、注射の方法や投与のタイミングは医師が処方する際に指導を行います。
- ・「エピペン[®]」の注射は、法的には「医行為」にあたり、医師でない者（本人と家族以外の者である第三者）が「医行為」を反復継続する意図を持って行えば医師法（昭和23年法律第201号）第17条に違反することになります。しかし、アナフィラキシーの救命の現場に居合わせた教職員が、自ら「エピペン[®]」を注射できない状況にある子どもに代わって注射することは、反復継続する意図がないものと認められるため、医師法違反にならないと考えられます。また、医師法以外の刑事・民事の責任についても、人命救助の観点からやむをえず行った行為であると認められる場合は、関係法令の規定によりその責任が問われないものと考えられます。（36頁を参照）

〔学校生活上の留意点〕の欄について

A. 給食

学校給食における食物アレルギーの対応は医師の診断を基礎とします。このため対応には、管理指導表及びそれに準じる書類の提出が求められています。さらに、医師からの情報だけでなく、保護者からの情報を詳細に得ることも必要となります。

対応の実際としては、①詳細な献立表による対応、②一部弁当対応、③除去食対応、④代替食対応に大別されますが、学校現場の現状に即して、実行できる最良の対応を検討することが大切です。

小学校以降に初めて食物アレルギーを発症することは稀ではなく、新規発症の原因となりやすい食物（種実、木の実類やキウイフルーツなど）を給食で提供する際の危機管理意識や体制の整備も必要です。

B. 食物・食材を扱う授業・活動

ごく少量の原因物質に触れるだけでもアレルギー症状を起こす子どもでは、“食べる”だけでなく“吸い込む”ことや“触れる”ことも発症原因となるので、きめ細かい配慮が必要です。

具体的には、学校において調理実習や牛乳パックの洗浄、そば打ち体験、小麦粘土を使った図工授業などがありますから、子どもと学校、保護者がよく確認しておくことが必要です。

C. 運動（体育・部活動など）

アナフィラキシーの既往のある子どもについては、運動がリスクとなるかどうかの判断が必要です。

- ・運動誘発アナフィラキシーでは、保護者と相談して、日頃の家庭での制限を踏まえて運動制限の基準を決めます。
- ・食物依存性運動誘発アナフィラキシーでは、運動前2～4時間以内は原因食物の摂取を避け、もし食べた場合は以降2～4時間の運動を避ける必要があります。
- ・運動の強度には個人差がありますので、保護者と相談して決める必要があります。

D. 宿泊を伴う校外活動

宿泊を伴う校外活動の注意点や配慮すべきことを知ることで、校外での不測の事態を避けるとともに、万一発症した場合にも迅速に対応できるようになります。

宿泊を伴う校外活動は、すべての子どもにとって貴重な体験であり、食物アレルギーの子どももできるだけ参加できるように配慮します。学校や保護者、宿泊先を交えて十分に情報を交換し、どこまで対応が可能かなどを事前に確認します。

また、万一の発症に備え、救急で受診する際に円滑な治療を受けるために、紹介状を用意しておくことも必要です。さらに、「エピペン[®]」などの救急治療薬が処方されている場合があり、持参薬の有無や管理方法なども、事前に保護者・本人、主治医、学校医と学校とで十分に話しあうことも必要です。

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

ここに記載されている食材は、極微量のアレルゲンが含有されている程度であり、症状誘発の原因となりにくいため、基本的に除去する必要はありません。

本欄に○がついた場合には、給食対応が困難となりますので慎重に考慮してください。

F. 配慮事項や管理事項について

除去が必要な食物や配慮、管理事項について具体的に記載してください。

除去している食物を現時点で、どの程度摂取できているかを記載していただくと、管理上は安心感が得られます。

除去を要する食物が混入する可能性（工場の製造ラインで混入）を示す食物まで完全に除去する必要があるかを、可能な範囲で記載して下さい。

3 記入例

(記入例 1)

5-1 【食物アレルギー】 (ありなし) 【アナフィラキシー】 (ありなし)

〔病型・治療〕 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

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入する)		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入する)	
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. 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・除去根拠 * 該当する食品の番号に○印を付け、かつ《 》内に除去根拠を記入してください。 * () 内に具体的な食品名を記載してください。		[除去根拠] 該当するもの全てを《 》内に記載 ①明らかな症状の既往 ②食物経口負荷試験陽性 ③IgE抗体等検査結果陽性 ④未摂取	
1. 鶏卵 《 》 ② 牛乳・乳製品 《 ① ② ③ 》 3. 小麦 《 》 4. ソバ 《 》 ⑤ ピーナッツ 《 ③ ④ 》 6. 甲殻類 《 》 (すべて・エビ・カニ)		7. 木の実類 《 》 (すべて・クルミ・カシューナッツ・アーモンド) 8. 果物類 《 》 () 9. 魚類 《 》 () 10. 肉類 《 》 () 11. その他 1 《 》 () 12. その他 2 《 》 ()	
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) アレグラ 2. アドレナリン自己注射薬 (エピペン®) 3. その他 ()			

〔学校生活上の留意点〕 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

A. 給食	B. 食物・食材を扱う授業・活動	C. 運動 (体育・部活動等)	D. 宿泊を伴う校外活動
1. 管理不要 ② 管理必要 ★	1. 管理不要 ② 管理必要 ★	① 管理不要 2. 管理必要 ★	1. 管理不要 ② 管理必要 ★

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。

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| 1. 鶏卵: 卵殻カルシウム | 5. ゴマ: ゴマ油 |
| 2. 牛乳: 乳糖・乳清焼成カルシウム | 6. 魚類: かつおだし・いりこだし・魚醤 |
| 3. 小麦: 醤油・酢・味噌 | 7. 肉類: エキス |
| 4. 大豆: 大豆油・醤油・味噌 | |

F. 配慮事項や管理事項について (★印に○を付けた場合は具体的に記入してください。)

※ **除去が必要な食物や配慮・管理事項について具体的に記載してください。**

乳製品で蕁麻疹が出現しました。現在、牛乳は 10mlまで摂取可能となりました。食パンの摂取は可能ですが、牛乳および加工品は除去をお願いします。ピーナッツに関しては、製造工程によるコンタミネーション程度は問題ありません。

◇◇◇緊急時連絡先◇◇◇		医療機関名: ○○病院小児科
保護者名前	○○ ○○	電話番号: 027-999-XXXX
電話番号	027-000-000	医師名: 群馬太郎 (印)
		記載日: 令和 ○年 ○月 ○日

(記入例 2)

5-1 【食物アレルギー】 (あり) なし 【アナフィラキシー】 (あり) なし

〔病型・治療〕 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

<p>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入する)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 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</p>	<p>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入する)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1. 食物 (原因: 鶏卵) 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 ()</p>
<p>C. 原因食物・除去根拠 * 該当する食品の番号に○印を付け、かつ《 》内に除去根拠を記入してください。 * () 内に具体的な食品名を記載してください。</p>	
<p><input checked="" type="checkbox"/> 1. 鶏卵 《 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 》 2. 牛乳・乳製品 《 》 3. 小麦 《 》 <input checked="" type="checkbox"/> 4. ソバ 《 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 》 <input checked="" type="checkbox"/> 5. ピーナッツ 《 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 》 6. 甲殻類 《 》 (すべて・エビ・カニ)</p>	<p>〔除去根拠〕 該当するもの全てを《 》内に記載 ①明らかな症状の既往 ②食物経口負荷試験陽性 ③IgE 抗体等検査結果陽性 ④未摂取</p> <p>7. 木の実類 《 》 (すべて・クルミ・カシューナッツ・アーモンド) 8. 果物類 《 》 () 9. 魚類 《 》 () 10. 肉類 《 》 () 11. その他1 《 》 () 12. その他2 《 》 ()</p>
<p>D. 緊急時に備えた処方薬</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1. 内服薬 (抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) アレジオン、プレドニン <input checked="" type="checkbox"/> 2. アドレナリン自己注射薬 (エピペン®) エピペン処方あり 3. その他 ()</p>	

〔学校生活上の留意点〕 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

A. 給食	B. 食物・食材を扱う授業・活動	C. 運動 (体育・部活動等)	D. 宿泊を伴う校外活動
<p>1. 管理不要</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 2. 管理必要 ★</p>	<p>1. 管理不要</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 2. 管理必要 ★</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 1. 管理不要</p> <p>2. 管理必要 ★</p>	<p>1. 管理不要</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 2. 管理必要 ★</p>

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。

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| 1. 鶏卵: 卵殻カルシウム | 5. ゴマ: ゴマ油 |
| 2. 牛乳: 乳糖・乳清焼成カルシウム | 6. 魚類: かつおだし・いりこだし・魚醤 |
| 3. 小麦: 醤油・酢・味噌 | 7. 肉類: エキス |
| 4. 大豆: 大豆油・醤油・味噌 | |

F. 配慮事項や管理事項について (★印に○を付けた場合は具体的に記入してください。)

※ 除去が必要な食物や配慮・管理事項について具体的に記載してください。

鶏卵および加工品は完全除去をお願いします。ソバおよびピーナッツは、IgE 抗体陽性で未摂取です。ソバは10gまで負荷試験を行い陰性でした。そのため、製造工程でそばのコンタミネーションの可能性を示している「うどん」は問題なく摂取可能です。ピーナッツは、今後、負荷試験を行う予定ですが、現時点では除去をお願いします。

◇◇◇緊急時連絡先◇◇◇	
保護者名前	○○ ○○
電話番号	027-000-000

医療機関名:	○○病院小児科
電話番号:	027-999-×××
医師名:	群馬太郎 (印)
記載日:	令和 ○年 ○月 ○日

5-1 【食物アレルギー】 (あり) なし 【アナフィラキシー】 (あり) なし

〔病型・治療〕 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

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入する)		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入する)	
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. 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・除去根拠 * 該当する食品の番号に○印を付け、かつ《 》内に除去根拠を記入してください。 * () 内に具体的な食品名を記載してください。		[除去根拠] 該当するもの全てを《 》内に記載 ①明らかな症状の既往 ②食物経口負荷試験陽性 ③IgE抗体等検査結果陽性 ④未摂取	
1. 鶏卵 《 》 2. 牛乳・乳製品 《 》 ③ 小麦 《 ① ③ 》 4. ソバ 《 》 5. ピーナッツ 《 》 6. 甲殻類 《 》 (すべて・エビ・カニ)		7. 木の実類 《 》 (すべて・クルミ・カシューナッツ・アーモンド) 8. 果物類 《 》 () 9. 魚類 《 》 () 10. 肉類 《 》 () 11. その他1 《 》 () 12. その他2 《 》 ()	
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) セレスタミン ② アドレナリン自己注射薬 (エピペン®) エピペン処方あり 3. その他 ()			

〔学校生活上の留意点〕 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

A. 給食	B. 食物・食材を扱う授業・活動	C. 運動 (体育・部活動等)	D. 宿泊を伴う校外活動
1. 管理不要 ② 管理必要 ★	1. 管理不要 ② 管理必要 ★	1. 管理不要 ② 管理必要 ★	1. 管理不要 ② 管理必要 ★

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。

1. 鶏卵: 卵殻カルシウム	5. ゴマ: ゴマ油
2. 牛乳: 乳糖・乳清焼成カルシウム	6. 魚類: かつおだし・いりこだし・魚醤
3. 小麦: 醤油・酢・味噌	7. 肉類: エキス
4. 大豆: 大豆油・醤油・味噌	

F. 配慮事項や管理事項について (★印に○を付けた場合は具体的に記入してください。)

※ 除去が必要な食物や配慮・管理事項について具体的に記載してください。

小麦依存性運動誘発アナフィラキシーで、給食では小麦製品を除去してください。
 万一、食べてしまったときは最低2時間、運動は禁止です。小麦製品を摂取していなければ、運動の制限は不要です。

◇◇◇緊急時連絡先◇◇◇	
保護者名前	○○ ○○
電話番号	027-000-000

医療機関名:	○○病院小児科
電話番号:	027-999-×××
医師名:	群馬太郎 (印)
記載日:	令和 ○年 ○月 ○日

(記入例 継続受診)

※変更あり・解除の際は、変更・解除内容を(空欄に)記載願います。

受診年月日	病型・治療	学校生活上の留意点
2年生 令和○年△月×日	変更なし 変更あり 医療機関名 ○○○病院 医師名 ×× ○○	変更なし・変更あり(追加あり・管理不要)
3年生 令和○年△月×日	変更なし 変更あり 医療機関名 ○○○病院 医師名 ×× ○○	変更なし・変更あり(追加あり・管理不要) 全卵が1個摂取可能となり、鶏卵の除去を解除します。給食での制限はなくなります。
4年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり 医療機関名 医師名	変更なし・変更あり(追加あり・管理不要)
※3年生で解除になったため管理指導表の提出なし		
5年生 令和○年△月×日	変更なし 変更あり 医療機関名 ○○○病院 医師名 ×× ○○	変更なし・変更あり(追加あり・管理不要) 小麦による運動誘発アナフィラキシーのため、給食の小麦製品を除去。万一、摂取した場合は、運動は最低2時間禁止。
6年生 令和○年△月××日	変更なし 変更あり 医療機関名 ○○○病院 医師名 ×× ○○	変更なし・変更あり(追加あり・管理不要)

5-2

食物アレルギー・アナフィラキシー発症時の対応

氏名： 〇〇 〇〇 生年月日： 〇 年 △ 月 × 日

緊急連絡先 ①氏名： 〇〇 〇〇 (続柄： 〇) 電話番号 (〇〇〇) - (〇〇〇) - (〇〇〇)

②氏名： 〇〇 〇〇 (続柄： 〇) 電話番号 (〇〇〇) - (〇〇〇) - (〇〇〇)

主治医： ×× 〇〇 印 (病院名： 〇〇〇病院)

記載日： 〇 年 △ 月 × 日

- ・食べた時間と症状が出た時間をチェック！・安静にする！・1人にしない！
- ・下のような症状が1つでもあれば積極的に治療しましょう！

【症状と対応】

軽症

皮膚：部分的な赤みや蕁麻疹、軽いかゆみ

呼吸：単回のせき、くしゃみ、鼻水

お腹：口のかゆみや違和感、唇の軽い腫れ
単回の嘔吐や下痢、弱い腹痛

全身：元気がない

治療：抗ヒスタミン薬内服

(アレジオン1錠)

対応：症状が進行、または30分以上続く時は、
ステロイド薬内服し医療機関を受診

中等症

皮膚：全身の赤みや蕁麻疹、強いかゆみ
蕁麻疹が10個以上、脛や唇の強い腫れ

呼吸：せきを繰り返す、のどの痛み、息苦しい

お腹：複数回の嘔吐や下痢、強い腹痛

全身：眠気

治療：抗ヒスタミン薬内服 (アレジオン1錠)

ステロイド薬内服 (プレドニン2錠)

対応：ただちに医療機関を受診

※嘔吐が1回だけで他症状がなく、
元気であれば、内服しなくてもよい

※症状が進行するようなら重症の対応を行う

重症

呼吸：のどや胸が締めつけられる、声のかすれ
ぜーぜーする呼吸、息苦しい、持続するせき
犬が吠えるようなせき(ケンケン)

お腹：繰り返し吐く、がまんできない腹痛

全身：唇や爪が青白い、脈が触れにくい・不規則、ぐったり、意識もうろう、尿や便を漏らす

躊躇しない！

治療：エピペン[®]を使用した上で、可能なら

- ・抗ヒスタミン内服 (アレジオン1錠)
- ・ステロイド薬内服 (プレドニン2錠)

対応：ただちに救急車で医療機関を受診
担架を使用

食物アレルギー診療ガイドライン2021に準拠

【エピペン[®]の使い方】

※患者が注射できない場合には代わりに園・学校の職員が注射可能です。
その際、医師法など法律には抵触しません。

Step1 準備

携帯用ケースのカバーキャップを開け、注射器を取り出す。注射器を片手でしっかりと握りもう片方の手で青色の安全キャップを外す。



Step2 注射

注射器のオレンジ色カバー先端を太ももの前外側に垂直に当て「カチッ」と音がするまで強く押し付ける。そのまま数秒間待ってから注射器を離す。



Step3 確認

オレンジ色カバーが自動的に伸びたことをチェックし、正常に注射できたことを確認する。



群馬県