

公立小中学校及び県立学校における  
学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）に関する課題について

「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」について

埼玉県においては、アレルギー疾患に関して学校での管理や配慮を求める場合、「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」（日本学校保健会）に基づき、医師が記載する「学校生活管理指導表」の提出を必須としている。

※「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）及びアレルギー疾患管理指導願の取扱について」平成 26 年 7 月 9 日付け教保体第 623-1 号 埼玉県教育委員会教育長通知

＜学校生活管理指導表の提出状況＞ 平成 30 年度

学校給食実施学校数（※） 1, 281 校

上記学校の児童生徒数 556, 470 人

学校生活管理指導表提出者数 10, 753 人

※小学校、中学校、特別支援学校（小学部・中学部・高等部）、高等学校（夜間定時制）

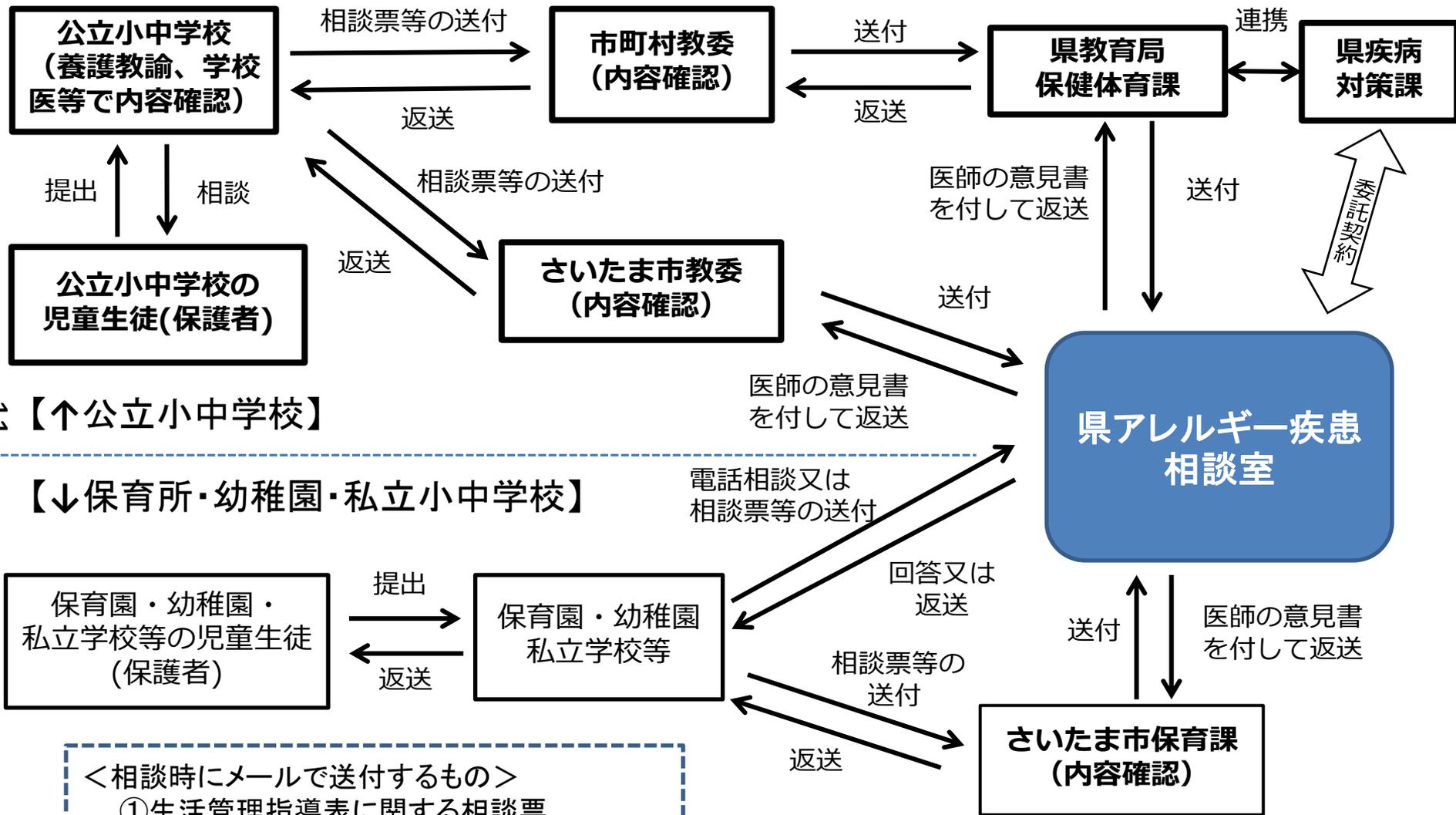
◎ 学校で対応に迷う「学校生活管理指導表」が複数見受けられる。

＜学校で対応に苦慮する例＞

- 原因食物・診断根拠欄で「2. 乳」に○印がついているが、「飲用牛乳のみ除去」と書かれているケースがある。
- 原因食物・診断根拠欄の「その他」に（米 ササニシキを除く）などと書かれている場合がある。  
弁当対応にしているが、果たして米のアレルギーなどがあるのか？
- 診断根拠が「IgE 抗体等検査結果陽性」のみで、複数に○印が付いている
- 2 歳まで実施した IgE 抗体検査に基づく判断が中学生においても根拠とされている。
- 緊急連絡先が、クリニックとなっているケースがある。
- 医師の診断と保護者の申し出が異なる（保護者が追記してしまう。）

# 生活管理指導表に関する相談事業 (案)

○ 保育所や幼稚園、学校等において、アレルギー疾患への対応や管理に迷う児童や生徒に関する事例について、相談票を用いて専門医が相談に応じるもの



【↑公立小中学校】

【↓保育所・幼稚園・私立小中学校】

- <相談時にメールで送付するもの>
- ①生活管理指導表に関する相談票
  - ②生活管理指導表  
(個人情報をマスキングしPDF化したもの)

 年度	-	 通し
--	---	--

生活管理指導表に関する相談票（案）

相談日：平成      年      月      日

施設名			市町村	
担当者	所属			氏名
	電話			E-mail
対象者	年齢	歳（学年      ）	性別	
<相談内容>				
<埼玉県アレルギー疾患相談室の意見>				

埼玉県アレルギー疾患相談室 送付先アドレス〇〇〇〇〇

↓名前、性別、生年月日、年齢はマスキングをする

名前 \_\_\_\_\_ 男・女 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 ( \_\_\_\_\_ 歳) 学校 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 組 提出日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

表 学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)

病型・治療	学校生活上の留意点		★保護者 電話：  ★連絡医療機関 医療機関名：  電話：
	<b>A. 重症度分類 (発作型)</b> 1. 間欠型 2. 軽症持続型 3. 中等症持続型 4. 重症持続型  <b>B-1. 長期管理薬 (吸入薬)</b> 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 ([「インタール <sup>®</sup> 」]) 4. その他 ( )  <b>B-2. 長期管理薬 (内服薬・貼付薬)</b> 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 ( )	<b>C. 急性発作治療薬</b> 1. ベータ刺激薬吸入 2. ベータ刺激薬内服  <b>D. 急性発作時の対応 (自由記載)</b>	
<b>A. 重症度のめやす (厚生労働科学研究班)</b> 1. 軽症：面積に関わらず、軽度の皮疹のみみられる。 2. 中等症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満にみられる。 3. 重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満にみられる。 4. 最重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上にみられる。 <small>*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</small>  <b>B-1. 常用する外用薬</b> 1. ステロイド軟膏 2. タクロリムス軟膏 ([「プロトピック <sup>®</sup> 」]) 3. 保湿剤 4. その他 ( )  <b>B-2. 常用する内服薬</b> 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他 ( )  <b>C. 食物アレルギーの合併</b> 1. あり 2. なし	<b>A. プール指導及び長時間の紫外線下での活動</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定  <b>B. 動物との接触</b> 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 動物名 ( )  <b>C. 発汗後</b> 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. (学校施設で可能な場合) 夏季シャワー浴  <b>D. その他の配慮・管理事項 (自由記載)</b>	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____	
<b>A. 病型</b> 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>B. 治療</b> 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 ( )	<b>A. プール指導</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. プールへの入水不可  <b>B. 屋外活動</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定  <b>C. その他の配慮・管理事項 (自由記載)</b>	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____	

↓ 名前、性別、生年月日、年齢はマスキングをする

名前 \_\_\_\_\_ 男・女 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 ( \_\_\_\_\_ 歳) \_\_\_\_\_ 学校 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 組 提出日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

裏  
学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)

病型・治療		学校生活上の留意点	★保護者 電話： _____
<b>アナフィラキシー (あり・なし)</b> <b>食物アレルギー (あり・なし)</b>	<b>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)</b> 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>A. 給食</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	★連絡医療機関 医療機関名： _____ 電話： _____
	<b>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)</b> 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 ( _____ )	<b>B. 食物・食材を扱う授業・活動</b> 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定	
	<b>C. 原因食物・診断根拠</b> 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に診断根拠を記載 1. 鶏卵 《 》 _____ ) 2. 牛乳・乳製品 《 》 _____ ) 3. 小麦 《 》 _____ ) 4. ソバ 《 》 _____ ) 5. ビーナッツ 《 》 _____ ) 6. 種実類・木の実類 《 》 _____ ) 7. 甲殻類(エビ・カニ) 《 》 _____ ) 8. 果物類 《 》 _____ ) 9. 魚類 《 》 _____ ) 10. 肉類 《 》 _____ ) 11. その他1 《 》 _____ ) 12. その他2 《 》 _____ )	<b>C. 運動 (体育・部活動等)</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	
	<b>D. 緊急時に備えた処方薬</b> 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 (「エビペン <sup>®</sup> 」) _____ ) 3. その他 ( _____ )	<b>D. 宿泊を伴う校外活動</b> 1. 配慮不要 2. 食事やイベントの際に配慮が必要	
<b>E. その他の配慮・管理事項 (自由記載)</b>		<b>E. その他の配慮・管理事項 (自由記載)</b>	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
<b>病型・治療</b>		<b>学校生活上の留意点</b>	医師名 _____ (印)
<b>アレルギー性鼻炎 (あり・なし)</b>	<b>A. 病型</b> 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>A. 屋外活動</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	医師名 _____ (印)
	<b>B. 治療</b> 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. その他 ( _____ )	<b>B. その他の配慮・管理事項 (自由記載)</b>	医療機関名 _____

【診断根拠】 該当するもの全てを《 》内に記載  
 ① 明らかな症状の既往  
 ② 食物負荷試験陽性  
 ③ IgE抗体等検査結果陽性

●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関係者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： \_\_\_\_\_