

教保体第623-1号  
平成26年7月9日

各市町村教育委員会教育長  
各 県 立 学 校 長  
各 教 育 事 務 所 長 } 様

埼玉県教育委員会教育長

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  
の取扱いについて(通知)

日頃、学校健康教育の充実、推進に御理解・御協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

埼玉県では、気管支ぜん息・食物アレルギー・アナフィラキシーのアレルギー疾患を有する児童生徒の把握については「アレルギー疾患管理指導願」と「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」の中で示されている「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の併用をしておりました。

しかし、平成26年3月26日付け25文科ス第713号の文部科学省からの「今後の学校給食における食物アレルギー対応について（通知）」では「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の提出を必須とすることが示されました。

そのため、平成20年10月2日付け教保体第988号『学校における「アレルギー疾患管理指導願」の活用について（通知）』を廃止します。

今後は「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」を活用し、アレルギー疾患を有する児童生徒の実態を把握することとしましたので、その取扱いについては下記のとおりとします。

記

- 1 アドレナリン自己注射薬（エピペン<sup>®</sup>）の処方を受けている場合や学校給食に「除去食」「代替食」を依頼している場合等、学校での管理や配慮を求める場合（修学旅行、調理実習を含む）には学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）の提出を必須とする。
- 2 特に、アドレナリン自己注射薬（エピペン<sup>®</sup>）の処方を受けている場合は、学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）にその旨を記載するものとする。
- 3 「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」に基づき提出された学

校生活管理指導表（アレルギー疾患用）をもとに、児童生徒ごとの個別対応プランの作成や、症状の重い児童生徒に対する支援の重点化などの取組を図ること。

- 4 この取扱いの運用については、体制を整える準備などを考慮し、平成27年3月末までを移行期間とし、来年度からは全面的に運用すること。ただし、アドレナリン自己注射薬（エピペン<sup>®</sup>）の処方を受けているなど、症状が重い場合には、早期に学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）の提出を求めること。

※ 「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」は、医師の診断により医師が記載するため、診断書と同様に有料である。また、医療機関や診療科目ごとに料金が異なる可能性があり、料金は一律ではない。

※ 「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」は、埼玉県教育局保健体育課のホームページからダウンロードできます。

(<http://www.pref.saitama.lg.jp/page/910-20100107-5.html>)

県立学校部保健体育課  
健康教育担当 成澤  
電話：048(830)6963

学校給食担当 松本  
電話：048-830-6967



教保体第988号  
平成20年10月2日

各市町村教育委員会教育長  
各 県 立 学 校 長  
各 教 育 事 所 長 } 様

埼玉県教育委員会教育長

### 学校における「アレルギー疾患管理指導願」の活用について（通知）

日本学校保健会で作成しました「学校におけるアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」の中で示されている「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の取り扱いについては、平成20年6月6日付教保体第399号により送付したところですが、その際、「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」につきましては、記載内容等を検討しているため活用についてはお待ちいただくこととしておりました。

このたび、埼玉県医師会と協議・検討した結果、新たに別添様式のとおり「アレルギー疾患管理指導願」を作成し、活用することとなりました。

また、埼玉県医師会長からは、平成20年10月2日付け埼玉地I第2353号で、別紙（写し）のとおり郡市医師会長あての周知をした旨の連絡がありました。

「アレルギー疾患管理指導願」は、主治医又は専門医から指導されたことを、保護者が記載し学校へ提出する内容となっています。

アレルギー疾患を有し、学校生活において配慮や管理が必要だと思われる児童生徒に対しては下記について十分配慮し、御活用ください。

なお、別添様式については、郡市医師会長あてに周知をしていただいているところであり、保護者が記載するものであることから、無料として取り扱っていただくよう埼玉県医師会と合意しています。

### 記

#### 1 「アレルギー疾患管理指導願」活用方法

- (1) 埼玉県においては、「アレルギー疾患管理指導願」の種類は、気管支ぜん息・食物アレルギー・アナフィラキシーとする。

- (2) 学校は、気管支ぜんそく・食物アレルギー・アナフィラキシーのアレルギー疾患のある児童生徒を把握し、学校生活で配慮を必要とする場合は、その児童生徒の保護者に対して「アレルギー疾患管理指導願」の提出を求める。
- (3) 保護者は、主治医・専門医からの指導により指導内容を記載し、学校に提出する。
- (4) 学校は、「アレルギー疾患管理指導願」の内容を基に保護者と対応を検討する。その際、「アレルギー疾患管理指導願」の内容について、必要に応じ学校医の意見を参考にする。
- (5) 「アレルギー疾患管理指導願」については、個人情報であるため取り扱いに注意するとともに、緊急時に教職員誰もが対応できるようにするなど保管場所について留意すること。
- (6) 「アレルギー疾患管理指導願」については、症状などに変化がない場合であっても管理や配慮が必要な場合は、保護者に毎年提出してもらう。  
また、「アレルギー疾患管理願」の指導内容に変化があった場合は、随時学校に報告するよう保護者に前もって伝えておく。
- (7) 症状が重篤な場合、または保護者から希望があった場合は、保護者と十分相談した上で、「学校におけるアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」で提示されている「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」を活用しても良い。ただし、「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の記載にあたっては、有料となりその費用は、保護者負担となることを確認する。
- (8) 食物アレルギーの児童生徒の給食での対応など、より具体的な対応が必要な場合は、保護者に対しさらに詳細な情報を求め、学校医の意見を参考に総合して活用する。

担 当：県立学校部保健体育課  
健康教育担当 高 橋  
電 話：048-830-6963  
FAX：048-830-4971

様式1

### アレルギー疾患管理指導願（気管支ぜん息）

名前

男・女 平成 年 月 日生 年 組

原因・治療	
A. 原因（いくつかある場合は、番号を付けて全て記載）:	
* 運動により、気管支ぜん息がひどくなったこと：あり なし（○で囲む）	
B. 現在使用中の薬剤（内服薬・外用薬・貼付薬・その他など）:	
C. 発作症状出現時の治療薬（主治医に指導されている緊急時に必要な薬剤）:	
学校生活上の留意点	
A. 環境や運動（体育・部活動等）において:	
B. 宿泊を伴う校外活動において:	
C. その他（保護者の意見等も含む）:	

- 主治医または専門医の指導により、以上の事項を記載し提出致します。
- 学校における日常の取組み及び緊急の対応に活用するため、本表に記載された内容を本校の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。

●緊急の連絡先

	氏 名	続柄・名称	連絡先：電話番号
1			
2			
3			

提出日：平成 年 月 日

保護者氏名

印

様式2 アレルギー疾患管理指導願（食物アレルギー・アナフィラキシー）

疾患を○で囲む

名前

男・女 平成 年 月 日生 年 組

原因・症状・治療
A. 食物アレルギーの原因と症状（いくつかある場合は、番号を付けて全て記載）：
B. アナフィラキシーの原因と症状（いくつかある場合は、番号を付けて全て記載）：
C. 現在使用中の薬剤（内服薬・外用薬・その他など）：
D. 急な症状出現時の治療薬（主治医に指導されている緊急時に必要な薬剤）：
学校生活上の留意点
A. 給食・環境や運動（体育・部活動等）において：
B. 宿泊を伴う校外活動において（特に食事について）：
C. その他（保護者の意見等も含む）：

- 主治医または専門医の指導により、以上の事項を記載し提出致します。
- 学校における日常の取組み及び緊急の対応に活用するため、本表に記載された内容を本校の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。

●緊急の連絡先

	氏 名	続柄・名称	連絡先：電話番号
1			
2			
3			

提出日：平成 年 月 日

保護者氏名

印

病型・治療		学校生活上の留意点		<div style="background-color: #f8d7da; padding: 5px;">★保護者 電話： _____</div> <div style="background-color: #f8d7da; padding: 5px;">★連絡医療機関 医療機関名： _____</div> <div style="padding: 5px;">電話： _____</div>	
<b>気管支ぜん息</b> (あり・なし)	<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>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>A. 運動 (体育・部活動等)</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. 強い運動は不可		<b>【緊急時連絡先】</b>
	<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 (「インターール®」) 4. その他 ( _____ )	<b>D. 急性発作時の対応 (自由記載)</b>	<b>B. 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動</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>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. 宿泊を伴う校外活動</b> 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定		
	<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 _____ (印)		
医療機関名 _____					
病型・治療		学校生活上の留意点		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ (印) 医療機関名 _____	
<b>アトピー性皮膚炎</b> (あり・なし)	<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>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>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>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®」) 3. 保湿剤 4. その他 ( _____ )	<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>D. その他の配慮・管理事項 (自由記載)</b>		
	<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			
	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日			医師名 _____ (印)	
医療機関名 _____					
病型・治療		学校生活上の留意点		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ (印) 医療機関名 _____	
<b>アレルギー性結膜炎</b> (あり・なし)	<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>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>C. その他の配慮・管理事項 (自由記載)</b>		
	<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>B. 屋外活動</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定			
	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日				医師名 _____ (印)
	医療機関名 _____				

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

病型・治療		学校生活上の留意点	<div style="background-color: #ffcccc; padding: 5px;"> <b>★保護者</b>            電話： _____         </div> <div style="background-color: #ffcccc; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <b>★連絡医療機関</b>            医療機関名： _____         </div> <div style="background-color: #ffcccc; padding: 5px; margin-top: 5px;">           電話： _____         </div>
<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	
<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. ピーナッツ 《 》 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（「エピペン®」） 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>	
<b>[診断根拠] 該当するもの全てを《 》内に記載</b> 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			
		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
		医師名 _____ (印)	
		医療機関名 _____	
病型・治療		学校生活上の留意点	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
<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 _____

●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： \_\_\_\_\_