

A 学校生活管理指导表（过敏症患者用）

姓名	男·女	年 月 日出生（岁）	学校 年 组	提交日期 年 月 日
疾病类型、治疗				
疾病类型、治疗	病情程度分类(发作型病人)	急性发作治疗药	学校生活上的注意点	(紧急联系方式)
支气管哮喘 (有·无)	A. 过敏性哮喘 1. 轻度 2. 中度 3. 重度 4. 重症 B-1. 长期使用药物(吸入型) 1. 类固醇吸入药 2. 吸入型长效β ₂ -受体激动剂 3. 吸入型抗过敏药 4. 其它() B-2. 长期使用药物(口服药·贴剂) 1. 茶碱控释药 2. 白三烯受体拮抗剂 3. β ₂ 刺激口服药、贴剂 4. 其它()	C. 吸入β ₂ 受体兴奋剂 D. 急性发作时的处理 (自由填写)	A. 运动(体育、兴趣小组活动等) 1. 不需监督 2. 与家长商量后决定 3. 不能进行高强度运动 B. 与动物的接触和有尘环境中的活动 1. 不需照顾 2. 与家长商量后决定 3. 对动物过敏反应强烈,不能接触动物名() C. 在外住宿的校外活动 1. 不需照顾 2. 与家长商量后决定 D. 其他需照顾、监督事项(自由填写)	★家长 电话: ★应联系的医疗机构 医疗机构名: 电话: ※ 根据情况,也可能送至所填写以外医院
填写日				
医生姓名	年 月 日			
医疗机构名称				
疾病类型、治疗				
疾病类型、治疗	病情判断标准(厚生劳动科学研究班)	急性发作治疗药	学校生活上的注意点	(紧急联系方式)
过敏性皮炎 (有·无)	A. 病情轻重判断标准(厚生劳动科学研究班) 1. 轻度:不限面积,仅出现轻度皮炎。 2. 中度:皮炎并伴发较严重皮炎,不超过体表面积10%(不包括)。 3. 较重度:皮炎并伴发较严重皮炎,占体表面积10%以上到30% (不包括)。 4. 重度:皮炎并伴发较严重皮炎,占体表面积30%以上。 * 轻度皮炎:轻度红斑、干燥、鳞屑等皮肤的病变 * 伴发严重皮炎的皮炎:红斑、丘疹、糜烂、湿润、苔藓化等病变 B-1. 常用外用药物 1. 类固醇软膏 2. 他克莫司软膏 3. 保湿剂 4. 其它() B-2. 常用口服药 1. 抗组胺药 2. 其它 C. 同时有食物过敏 1. 有 2. 没有	C. 同时有食物过敏 1. 有 2. 没有	A. 泳池活动指导及长时间案外线下的活动 1. 不需监督 2. 与家长商量后决定 B. 与动物的接触 1. 不需照顾 2. 与家长商量后决定 C. 对动物过敏反应强烈,不能接触动物名() D. 其他需注意及监督事项(自由记录)	★家长 电话: ★应联系的医疗机构 医疗机构名: 电话: ※ 根据情况,也可能送至所填写以外医院
填写日				
医生姓名	年 月 日			
医疗机构名称				
疾病类型、治疗				
疾病类型、治疗	病情程度分类(发作型病人)	急性发作治疗药	学校生活上的注意点	(紧急联系方式)
过敏性结膜炎 (有·无)	A. 疾病类型 1. 长期过敏性结膜炎 2. 季节性过敏性结膜炎(俗称:花粉症) 3. 春季过敏性结膜炎 4. 其它() B. 治疗 1. 抗过敏性眼药水 2. 类固醇眼药水 3. 抑制免疫眼药水 4. 其它()	C. 同时有食物过敏 1. 有 2. 没有	A. 游泳池活动监督 1. 不需监督 2. 与家长商量后决定 3. 不可下水 B. 室外监督 1. 不需监督 2. 与家长商量后决定 C. 其他需照顾、监督事项(自由填写)	★家长 电话: ★应联系的医疗机构 医疗机构名: 电话: ※ 根据情况,也可能送至所填写以外医院
填写日				
医生姓名	年 月 日			
医疗机构名称				

根据(财)日本学校保健会资料,由岐阜县教育委员会部分修订

B 学校生活管理指导表 (过敏症患者用)

姓名 _____ 男·女 _____ 年 月 日出生 (岁) _____ 学校 年 组 _____ 提交日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

疾病类型、治疗 A. 食物过敏类型 (有食物过敏者请填写) 1. 即时型 2. 口腔过敏综合征 3. 食物依赖性诱发严重过敏反应 B. 严重过敏反应类型 (有严重过敏反应病史者填写) 1. 食物 (原因) 2. 食物依赖性运动诱发严重过敏反应 3. 运动诱发严重过敏反应 4. 昆虫 5. 医药品 6. 其它 () C. 过敏食物、诊断依据 请在相应食品号码上画圈○,并在()内填写诊断依据 [诊断依据]请在《 》内填写所有符合项 ① 过往明显症状 ② 食物负荷检验阳性 ③ IgE等检验结果阳性 1. 鸡蛋 2. 牛奶、乳制品 3. 小麦 4. 荞麦 5. 花生 6. 坚果类 (虾蟹) 7. 甲壳类 () 8. 鱼类 () 9. 豆类 () 10. 肉类 () 11. 其它1 () 12. 其它2 () D. 紧急发病时所需处方药 1. 口服药 (抗组胺药、类固醇药) 2. 肾上腺素自动注射 (EpiPen®) 3. 其它 ()	疾病类型、治疗 A. 疾病类型 1. 全年性过敏性鼻炎 2. 季节性过敏性鼻炎 (过敏性花粉症) 主要症状出现时期: 春 夏 秋 冬 B. 治疗 1. 抗组胺药·抗过敏药 (口服) 2. 类固醇鼻喷雾剂 3. 其它 ()	学校生活上的注意点 A. 学校中 1. 不需注意 2. 与家长商量后决定 B. 涉及食物的课程、活动 1. 不需注意 2. 与家长商量后决定 C. 运动 (体育、兴趣小组活动等) 1. 不需注意 2. 与家长商量后决定 D. 在外住宿的校外活动 1. 不需照顾 2. 需要在饮食及活动中照顾 E. 其他需照顾、监督事项 (自由填写)	紧急联系方式 *家长 电话: _____ *应联系的医疗机构 医疗机构名: _____ 电话: _____ ※ 根据情况,也可能送至所填写以外医院 填写日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医生名字 _____ 医疗机构名称 _____
严重过敏反应 (有·无) _____ 食物过敏 (有·无) _____ 过敏性结膜炎 (有·无) _____			

● 为方便学校日常管理 & 紧急发病时的处理,本表内记载内容将由全体教职员共享,您同意吗?

- 1. 同意
- 2. 不同意

家长签名: _____

根据 (财) 日本学校保健会资料,由岐阜县教育委员会部分修订