

(公 印 省 略)

分医発第 990 号
令和6年5月10日

各郡市等医師会長 殿

大分県医師会長 河野幸治

大分県における学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）の取扱いについて

大分県における学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）につきましては、大分県地域保健協議会が監修・発刊した「学校・幼稚園・こども園・保育園における食物アレルギー対応マニュアル第2版」でお示した「大分県版」の学校生活管理指導表を推奨して参りました。

しかしながら、令和4年度診療報酬改定により、「生活管理指導表（アレルギー疾患用）」を交付し、算定要件をみたした場合は「診療情報提供料Ⅰ」が算定できるようになったことから、県医師会と県教育委員会で協議を重ねた結果、学童（未就学児を除く）においては「全国版」に統一することになりましたのでお知らせいたします。

つきましては、貴会関係会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、各市町村教育委員会並びに県立学校には、大分県教育長体育保健課長より別添のとおり通知しておりますことを申し添えます。

(追記) 九州厚生局大分事務所に「大分県版」では「診療情報提供料Ⅰ」の算定要件をみたさないことを確認しています。



(公印省略)

教委体第530号
令和6年5月8日

各市町村教育委員会教育長 殿

大分県教育庁体育保健課長

大分県における学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）の取扱いについて（通知）

標記のことについては、令和4年3月29日付け教委体第3209号で通知したとおり、「学校・幼稚園・こども園・保育園における食物アレルギー対応マニュアル第2版（大分県地域保健協議会）」（以下、「対応マニュアル」という）に示す学校生活管理指導表（マニュアルP75様式2）【資料1】（以下、「大分県版」という）の使用を推奨してきたところですが、公益社団法人日本学校保健会が作成している様式【資料2】（以下、「全国版」という）もあることから、統一してほしいとの要望が出ているところです。

こうした状況を踏まえ、大分県医師会と大分県教育委員会で協議した結果、「全国版」に統一することとなりましたのでお知らせいたします。

つきましては、このことについて、貴管下各小・中及び義務教育学校に周知していただくようお願いいたします。

なお、学校生活管理指導表については毎年、学校生活管理指導表を返却し、診察を受け、学校生活における管理と指導をしていく必要があることを申し添えます。

また、対応マニュアルにおける大分県版以外の内容につきましては、これまで通りの取扱いとなりますので、引き続き御活用いただくようお願いいたします。

【問い合わせ先】

学校保健・食育班 阿南・赤尾

TEL：097-506-5636

FAX：097-506-1866



教委体第530号
令和6年5月8日

各県立学校長 殿

体育保健課長

大分県における学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）の取扱いについて（通知）

標記のことについては、令和4年3月29日付け教委体第3209号で通知したとおり、「学校・幼稚園・こども園・保育園における食物アレルギー対応マニュアル第2版（大分県地域保健協議会）」（以下、「対応マニュアル」という）に示す学校生活管理指導表（マニュアルP75様式2）【資料1】（以下、「大分県版」という）の使用を推奨してきたところですが、公益社団法人日本学校保健会が作成している様式【資料2】（以下、「全国版」という）もあることから、統一してほしいとの要望が出ているところです。

こうした状況を踏まえ、大分県医師会と大分県教育委員会で協議した結果、「全国版」に統一することとなりましたのでお知らせします。

については、このことについて、貴校職員に周知願います。

なお、学校生活管理指導表については毎年、学校生活管理指導表を返却し、診察を受け、学校生活における管理と指導をしていく必要があることを申し添えます。

また、対応マニュアルにおける大分県版以外の内容については、これまで通りの取扱いとなりますので、引き続き活用願います。

【問い合わせ先】

学校保健・食育班 阿南・赤尾

TEL：097-506-5636

FAX：097-506-1866

病型・治療	学校生活上の留意点	【緊急時連絡先】																				
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) 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	A. 給食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	★保護者 電話: _____																				
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) 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. 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	★連絡医療機関 医療機関名: _____																				
C. 原因食物・診断根拠 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 〈 〉 ()	C. 運動 (体育・部活動等) 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 _____																				
D. 緊急時に備えた処方薬 1. 内服薬: 抗ヒスタミン薬 (商品名) 2. 内服薬: ステロイド薬 (商品名) 3. 内服薬: 気管支拡張薬 (商品名) 4. 吸入薬: 気管支拡張薬 (商品名) 5. アドレナリン自己注射薬 (商品名 エピペン) 6. その他 (商品名)	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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>確認日</th> <th>医師名</th> <th>捺印</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			確認日	医師名	捺印	年 月 日			年 月 日			年 月 日			年 月 日			年 月 日		
確認日	医師名	捺印																				
年 月 日																						
年 月 日																						
年 月 日																						
年 月 日																						
年 月 日																						
D. その他の配慮・管理事項 (自由記載)		アナフィラキシー時は緊急時連絡医療機関への連絡よりも、 エピペン®投与や救急車要請を優先してください。																				

●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: _____

(資料2)

【表】学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)

名前 _____ (男・女) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 年 _____ 組

提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※この生活管理指導表は、学校の生活において特別な配慮や管理が必要となった場合に医師が作成するものです。

		病型・治療	学校生活上の留意点	★保護者
アナフィラキシー (あり・なし) 食物アレルギー (あり・なし)	(公財)日本学校保健会 作成	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) 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	A 給食 1. 管理不要 2. 管理必要 B 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要	電話: ★連絡医療機関 医療機関名:
		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) 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 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要 D 宿泊を伴う校外活動 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。 鶏卵 : 卵殻カルシウム 牛乳 : 乳糖・乳清焼成カルシウム 小麦 : 醤油・酢・味噌 大豆 : 大豆油・醤油・味噌 ゴマ : ゴマ油 魚類 : かつおだし・いりこだし・魚醤 肉類 : エキス	電話: 【緊急時連絡先】 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ (印)
		C 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に除去根拠を記載 1. 鶏卵 《 _____ 》: [除去根拠] 該当するものを《 》内に記載 2. 牛乳・乳製品 《 _____ 》: ① 明らかな症状の既往 ② 食物経口負荷試験陽性 3. 小麦 《 _____ 》: ③ IgE抗体等検査結果陽性 ④ 未摂取 4. ソバ 《 _____ 》: 《 》に具体的な食品名を記載 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・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 《 _____ 》(_____)	F その他の配慮・管理事項(自由記述)	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ (印) 医療機関名
		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. アドレナリン自己注射薬(「エピペン®」) 3. その他 (_____)		
		病型・治療	学校生活上の留意点	★保護者
気管支ぜん息 (あり・なし)	(公財)日本学校保健会 作成	A 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良	A 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要	電話: ★連絡医療機関 医療機関名:
		B-1 長期管理薬(吸入) 1. ステロイド吸入薬 (_____) (_____) 2. ステロイド吸入薬/長時間作用性吸入ベータ刺激薬配合剤 (_____) (_____) 3. その他 (_____) (_____)	B 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 1. 管理不要 2. 管理必要	電話: 【緊急時連絡先】 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ (印)
		B-2 長期管理薬(内服) 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 (_____) 2. その他 (_____)	C 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要	電話: 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ (印)
		B-3 長期管理薬(注射) 1. 生物学的製剤 (_____)	D その他の配慮・管理事項(自由記述)	医療機関名
		C 発作時の対応 1. ベータ刺激薬吸入 (_____) (_____) 2. ベータ刺激薬内服 (_____) (_____)		

