

学校名：

## 食物アレルギー・アナフィラキシー用 学校生活管理指導表

提出日 年 月 日

児童・生徒氏名（ ）【男・女】 年 月 日生（ 歳） 年 組

★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全教職員及び消防機関・医療機関等と共有することに、同意します。  
保護者署名（ ）

**緊急時連絡先** ＊連絡医療機関は、主治医と相談のうえで記載してください。（「救急車要請」と記載することも可。）

★ 第1連絡者 氏名 電話 続柄（ ） 第2連絡者 氏名 電話 続柄（ ）  
★ 医療機関名 名称 電話

※ 以下は主治医（医療機関）におかれまして、現在の状況及び今後1年間を通じて予測される状況等の記載をお願いします。

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 主治医氏名（ ） 医療機関の名称（ ） 記載日 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>病型・治療 ※ガイドラインP29～38参照</b><br><b>A. 食物アレルギー病型（食物アレルギーがある場合にのみ記載）</b><br>1. 即時型<br>2. 口腔アレルギー症候群<br>3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー<br><b>B. アナフィラキシー病型（アナフィラキシーの既往がある場合にのみ記載）</b><br>1. 食物（原因： ）<br>2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー<br>3. 運動誘発アナフィラキシー<br>4. 昆虫（ ）<br>5. 医薬品（ ）<br>6. その他（ ）<br><b>C. 原因食物・除去根拠 ※ガイドラインP32～34参照（裏面に記載）</b><br>該当する食品の番号に○をし、除去の根拠を下記より選択し①～④の該当する全ての番号を（ ）内に記載<br>また6～12については、《 》内に具体的な食品名を記載<br><div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">           ①明らかな症状の既往 ②食物経口負荷試験陽性 ③IgE抗体等検査陽性 ④未摂取         </div> 1. 鶏卵（ ） 2. 牛乳・乳製品（ ） 3. 小麦（ ）<br>4. ソバ（ ） 5. ピーナッツ（ ）<br>6. 甲殻類（ ）《 すべて・エビ・カニ・ 》<br>7. 木の実類（ ）《 すべて・クルミ・カシューナッツ・アーモンド・ 》<br>8. 果物類（ ）《 》<br>9. 魚類（ ）《 》<br>10. 肉類（ ）《 》<br>11. その他1（ ）《 》<br>12. その他2（ ）《 》<br><b>D. 緊急時に備えた処方薬</b><br>1. 内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬）<br>2. アドレナリン自己注射薬「エピペン®」<br>3. その他（ ） | <b>学校生活上の留意点 ※ガイドラインP39～47参照</b><br><b>A. 給食</b><br>1. 管理不要 2. 管理必要<br><b>B. 食物・食材を扱う授業・活動</b><br>1. 管理不要 2. 管理必要<br><b>C. 運動（体育・部活動等）</b><br>1. 管理不要 2. 管理必要<br><b>D. 宿泊を伴う校外活動</b><br>1. 管理不要 2. 管理必要<br><b>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の卵殻カルシウム（鶏卵）乳糖・乳清焼成カルシウム（牛乳・乳製品）醤油・酢・味噌（小麦）大豆油・醤油・味噌（大豆）ゴマ油（ゴマ）かつおだし・いりこだし・魚醤（魚類）エキス（肉類）</b><br><div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;">         ※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。       </div> <b>F. その他の配慮・管理事項（自由記載）</b><br>※ 除去が必要な場合には原則として完全除去とする。<br>※ 対応が困難な記載は控える。<br>指示が曖昧なもの（例：多量は不可）、指示が詳細すぎて給食センター等で対応できないもの（例：卵20g可）等 （2023年11月） |

※管理指導表は症状等に変化がない場合であっても、配慮や管理が必要な間は、少なくとも毎年提出してください。

## 病型・治療欄「C. 原因食物・除去根拠」欄の“除去根拠”について

※(財)日本学校保健会発行「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」(令和元年度改訂)より抜粋 (※P32～33)

### ■ 除去根拠

一般に食物アレルギーを血液検査や皮膚テストの結果だけで診断することはできません。実際に起きた症状や食物経口負荷試験の結果などを組み合わせて医師が総合的に診断します。

食物の除去が必要な児童生徒等であっても、その多くは除去品目数が数品目以内にとどまります。あまりに除去品目数が多い場合には、不必要な除去を行っている可能性が高いとも考えられます。除去品目数が多いと食物アレルギー対策が大変になるだけでなく、成長発達の著しい時期に栄養のバランスが偏ることにもなるので、そのような場合には「除去根拠」欄を参考に、保護者や主治医・学校医等とも相談しながら、正しい診断を促していくことが必要です。

#### ① 明らかな症状の既往

過去に、原因食物の摂取により明らかなアレルギー症状が起きているので、除去根拠として高い位置付けになります。

ただし、鶏卵、牛乳、小麦などの主な原因食物は年齢を経るごとに耐性獲得（食べられるようになること）することが知られています。実際に乳幼児早期に発症する食物アレルギーの子供のおよそ9割は就学前に耐性獲得するので、直近の数年以上症状が出ていない場合には、“明らかな症状の既往”は除去根拠としての意味合いを失っている可能性もあります。主な原因食物に対するアレルギーがあって、幼児期以降に食物経口負荷試験などの耐性獲得の検証が行われていない場合には、既に食べられるようになっている可能性も十分に考えられるので、改めて主治医に相談する必要があります。ただ、上記の主な原因食物以外の原因食物（ピーナッツ、ソバ、甲殻類、魚類など）の耐性獲得率はあまり高くないことが知られています。

#### ② 食物経口負荷試験陽性

食物経口負荷試験は、原因と考えられる食物を試験的に摂取して、それに伴う症状が現れるかどうかをみる試験です。この試験の結果は①に準じており、医療機関で確認されているため、除去根拠として最も高い位置付けになります。ただし、①の場合と同様に主な原因食物について数年前の負荷試験の結果は信頼性が高いとは言えませんので、再度食べられるかどうか定期的に検討する必要があります。

食物経口負荷試験は専門の医師の十分な観察のもと、これまで除去していた原因食物を食べてみて、症状の有無を確認します。統一した負荷試験方法は現在のところありませんが、多くの施設では単回で食べるか負荷総量を分割して20～60分おきに60分ほどかけて少しずつ増量していく方法がとられています。診断のときと同様に、耐性獲得も血液や皮膚検査だけから判断することはできません。このため、耐性獲得の診断にも食物経口負荷試験が必須といえます。

#### ③ IgE抗体などの検査陽性

原因食物に対するIgE抗体価がよほど高値の場合には、③だけを根拠に診断する場合もあります。しかし、一般的には血液や皮膚の検査結果だけで、食物アレルギーを正しく診断することはできません。検査が陽性であっても、実際はその食品を食べられる子供の方が多いのも事実です。血液検査の正確な解釈には専門的な知識を要するため、学校で保護者に血液検査結果の提出を求めることは適切ではありません。

#### ④ 未摂取

小学校入学前までにクルミやカシューなどの木の実類などは食べたことがない児童もあり、食べたことがない食品を給食で提供することにより新規発症が起こることもありますので注意が必要です。

しかし、単に食べたことがないものをすべて未摂取として記述する必要はなく、アレルギーの関与が疑われる未摂取のものに関して、除去根拠④未摂取として記載すべきです。

未摂取のものが家で食べられるようになった場合や、食物経口負荷試験を行って症状が出ないことが確認され摂取可能になった食品については、原則として医師による解除の指示書は不要です。保護者からの書面の申請により除去解除を行う場合の書式の雛形を用意しました。（ガイドラインP.93）