(別紙様式14の3)
------------

情報提供先学校名	
学校医等	 ĮΠ

学校组	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	1	提出日	年 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。					<u></u>	
	病型·治療				学校生活上の留意点		★保護者			
アナフィラキシー 食物アレルギー (あり・なし)	A 食物アレルギー病型(食物アレルギ 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病型(アナフィラキシー病型(アナフィラキシー病型(アナフィラキシー) 1. 食物 (原因	ー シーの既往ありの場合のみ記載) ー 品の番号に〇をし、かつ《 》内に除去 制 [除去根拠] 該当するもの全てを ③ lgE抗体等検査結果陽性 》 ( )に具体的な食品名を記載 》 ( すべて・エビ・カニ )( すべて・クルミ・カシュー・フン( )( )( )( )( )( )( )( )( )( )( )( )( )(	《 》内に記載 ② 食物経口負荷 ④ 未摂取	) ) ) ) ) ) ) ) ) ) ) )	※本欄に〇がつかっては、給食 鶏卵:卵殻カル 牛乳:乳糖・乳・ 小大豆:ガマコ油 魚類:かキス 肉類:エエスス	2. 管理必要  邓活動等) 2. 管理必要  外活動 2. 管理必要  ※去する場合により厳しい除去が必要なもらいた場合、該当する食品を使用した料理に対応が困難となる場合があります。  ジウム 清焼成カルシウム ・味噌		年	<u>月</u>	<u>П</u>

学校における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、本票に記載された内容を学校の全教職員及び関係機関等で共有することに同意します。						
保護者氏名						