

病型・治療		学校生活上の留意点		記載日
アトピー性皮膚炎 (あり・なし)	A 重症度のためやす(厚生労働科学研究班) 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。 ※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	A プール指導 1 管理不要 2 かかりつけ医と相談し決定	D 発汗後 1 配慮不要 2 かかりつけ医と相談し決定	_____ 年 _____ 月 _____ 日
	B-1 常用する外用薬 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-2 常用する内服薬 1 抗ヒスタミン薬 2 その他()	B 長時間の紫外線下での活動 1 管理不要 2 かかりつけ医と相談し決定	E その他の配慮・管理事項 (自由記載)
アレルギー性結膜炎 (あり・なし)	A 病型 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 治療 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()	A プール指導 1 管理不要 2 プールへの入水不可 3 かかりつけ医と相談し決定	C その他の配慮・管理事項 (自由記載)
	B 治療 1 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬(内服)(とん服,長期使用) 2 鼻噴霧用ステロイド薬 3 舌下免疫療法(ダニ・スギ) 4 その他()	A 屋外活動 1 管理不要 2 かかりつけ医と相談し決定	B その他の配慮・管理事項 (自由記載)	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 印 医療機関名 _____
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)	A 病型 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 治療 1 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬(内服)(とん服,長期使用) 2 鼻噴霧用ステロイド薬 3 舌下免疫療法(ダニ・スギ) 4 その他()	A 屋外活動 1 管理不要 2 かかりつけ医と相談し決定	B その他の配慮・管理事項 (自由記載)
	A 病型 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 治療 1 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬(内服)(とん服,長期使用) 2 鼻噴霧用ステロイド薬 3 舌下免疫療法(ダニ・スギ) 4 その他()	A 屋外活動 1 管理不要 2 かかりつけ医と相談し決定	B その他の配慮・管理事項 (自由記載)

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。

保護者署名: _____ 印