

学校名:

気管支ぜん息用 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 () (印) 医療機関の名称()		記載日 年 月 日
病型・治療 ※ガイドラインP50～55参照	学校生活上の留意点 ※ガイドラインP56～60参照	
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) ※記入にあたっては、裏面参照 1. 管理不要 2. 管理必要	
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	
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	
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(自由記載)	
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 () ()		

※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。

