

## 気管支ぜん息用 学校生活管理指導表

学校名:

提出日 年 月 日

児童・生徒氏名 ( ) 【男・女】 年 月 日生 ( 歳 ) 年 月 日 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。(「救急要請」と記載することも可。)

★ 第1連絡者 氏名 続柄 ( ) 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 ( )	( ㊞ )	医療機関の名称 ( )	記載日 年 月 日
<b>病型・治療</b>		<b>※ガイドラインP50～55参照</b>	<b>学校生活上の留意点</b>
A. 症状のコントロール状態			<b>※ガイドラインP56～60参照</b>
1. 良好			A. 運動 (体育・部活動等) ※ 記入にあたっては、裏面参照
2. 比較的良好			1. 管理不要 2. 管理必要
3. 不良			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-1. 長期管理薬 (吸入)	薬剤名	投与量/日	C. 宿泊を伴う校外活動
1. ステロイド吸入薬	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	1. 管理不要 2. 管理必要
2. ステロイド吸入薬/長時間作用性吸入ベータ2刺激薬配合剤	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	D. その他の配慮・管理事項 (自由記載)
3. その他	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	
B-2. 長期管理薬 (内服)	薬剤名		
1. ロイコトリエン受容体拮抗薬	( ) ( ) ( )		
2. その他	( ) ( ) ( )		
B-3. 長期管理薬 (注射)	薬剤名		
1. 生物学的製剤	( ) ( ) ( )		
C. 発作時の対応	薬剤名	投与量/日	
1. ベータ2刺激薬吸入	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	
2. ベータ2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。