

The background is white with scattered decorative elements: teal and blue feathers, red and blue berries on thin stems, and green leafy branches. Small, light brown circles are also scattered throughout.

# Support Note

サポートノート

**name**

---

## サポートノートとは

『サポートノート』とは、自分の人生の記録を書き込んでいくノートです。

産まれたときの様子や、かかった病気、その年齢時期のパーソナリティを記録して行って下さい。

周りの人に自分のことを知ってもらうことが1番の目的です。

内部障害児を主体としての記録項目考えましたが、健康な方にも緊急時対応や、人生を振り返るときの

『私の足跡ノート』として活用して頂けると幸いです。

## なぜこれが必要なのか

- 震災、突然の体調の急変、普段ケアしている人がケアできなくなったなどの緊急時、このノートを見て対応してもらうことができます。
- 就園・就学時の園・学校への交渉の時、ノートを使用して病状の説明をすることができます。  
園・学校生活について話し合っていくための情報項目を書く欄も用意しています。
- 成長したとき、記憶にはないけれど、自分の体のこと、今までの性格が分かる。

## どうやって使うのか

まずは、普段の生活をノートに書いてみましょう！

体調の変化、進学などで生活に変化があったときは、ノートを更新してください。

生活は変わってないかな？と思うときでも1年に1度、ノートを見直してみると、昔のことを思い出すことができますよ！

## 私たちの想い

内部障害を持つお子さんは、日常のケアも多く、手術や検査することも多々あり、生活リズムの変化も大きいです。

また、病状や複雑な医療行為について他者に理解してもらうことも難しいです。

そのため、内部障害を持つお子さんの緊急時対応や、就園就学時の園・学校・医療関係者への説明ノートとして「サポートノート」を作りました。

内部障害児は、小さい頃は保護者が体調管理や医療ケアを行っています。

その行為もゆくゆくは自分で管理しないといけなくなります。そのとき、今までどのような処置をしてきたのか、自分の生活・体の変化を知ることが自己管理の第1歩だと考えます。

自分自身・お子さんのためにもぜひ『サポートノート』を使ってみて下さい。

# 目次

1. 本人や周囲の情報	
①基本情報	P4
②家系図・関係図	P4
③緊急連絡	P5
④病院関係	P6
⑤その他の関わり	P7
⑥保険証・手帳・医療証	
I. 健康保険証の情報	P8
II. 手帳の情報	P8
III. 医療証の情報	P8
2. 経過の情報	
①出産の状態	P9
②乳幼児期検診・発達の記録	P10
③予防接種と感染症の記録	P11. 12
④時系列シート【在園・在学中の記録】	P13
3. 今の生活	
①パーソナリティー	P14
②1週間の過ごし方・処置の時間	
I. 1週間のタイムスケジュール	P15
II. 外出時に携帯する物	P16
4. 医療の情報	
①障害・疾患について	P17-20
②検査・治療・入院記録	P21. 22
③常用薬の情報	P23
④医療的ケアの情報	P24. 25
⑤心理検査履歴	P26
5. 保育/教育現場での情報	
<就園時シート>	
①医師からの診断書・意見書など	P27-29
②就園・就学において医療従事者から医療従事者への伝達事項	P30
③生活面での注意点・介助に関する情報	P31-33
④医療的ケア依頼書	P34

⑤疾患児の園生活時に起こりえる緊急時の対応方法	P35
⑥保育園・幼稚園から小学校へ引き継ぎ事項	
I. 園での生活と、引き継ぎ	P36
II. 小学校生活で必要だと思う支援	P36—38
III. 入学式に必要な指導及び支援	P39
IV. 就学後2カ月程度必要な指導及び支援の内容	P39
V. その他申し送り	P39

#### <就学用シート>

①医師からの診断書・意見書など	P40—43
②就園・就学において医療従事者から医療従事者への伝達事項	P44
③生活面での注意点・介助に関する情報	P45—47
④医療的ケア依頼書	P48
⑤疾患児の園生活時に起こりえる緊急時の対応方法	P49
⑥小学校から中学校へ引き継ぎ事項	
I. 小学校での生活	P50
II. 学習の様子	P50. 51
III. 小学校で伸びたところ	P51
IV. 効果的であった支援内容	P51
V. 中学校生活で必要だと思う支援	P51—53
VI. 課外学習・宿泊学習などでの支援・留意点	P54
VII. その他申し送り	P54

#### <中学校・高等学校用シート>

①医師からの診断書・意見書など	P55—58
②就園・就学において医療従事者から医療従事者への伝達事項	P59
③生活面での注意点・介助に関する情報	P60—62
④医療的ケア依頼書	P63
⑤疾患児の園生活時に起こりえる緊急時の対応方法	P64
⑥中学校から高等学校へ引き継ぎ事項	
I. 中学校での生活	P65
II. 学習の様子	P65. 66
III. 中学校で伸びたところ	P66
IV. 効果的であった支援内容	P66
V. 学校生活で必要だと思う支援	P66—68
VI. 課外学習・宿泊学習などでの支援・留意点	P69
VII. その他申し送り	P69

6. 就園活動ノート	P70
------------	-----

## 1. 本人や周囲の情報

※1年に1回連絡先など変更がないか見直してみましょう！

① 基本情報 ★名前や自分の電話番号、メールアドレスを書いておきましょう。

(ふりがな) 氏名		ニックネーム	
生年月日	年 月 日		
住所	〒		
電話番号			
メールアドレス			

② 家系図・関係図

★親兄弟や親せきなど図にして、住んでいる地域、年齢などの情報も一緒に書き込んでおきましょう！

--

③ 緊急連絡先 ★緊急連絡先を書いておきましょう。

※連絡が取りやすい順番に番号を付けて下さい。↓

続柄 関係	連絡先	緊急連絡時 の順番
父	氏名	
	住所	
	TEL	
	Mail	
	職場 TEL	
母	氏名	
	住所	
	TEL	
	Mail	
	職場 TEL	
	氏名	
	住所	
	TEL	
	氏名	
	住所	
	TEL	
	氏名	
	住所	
	TEL	
	氏名	
	住所	
	TEL	

#### ④病院関係

〈主治医〉 ★緊急時に連絡を取りたい病院があれば、記入しておきましょう。

医療機関名			
科		担当医	
TEL			
診察券番号			

備考:

医療機関名			
科		担当医	
TEL			
診察券番号			

備考:

〈地域の病院〉 ★かかりつけの病院を書いておきましょう。

病院名	担当医	診察券番号	TEL

備考:

⑤その他の関わり ★親しい知人や地域の方の連絡先を書いておきましょう。

氏名・名称	続柄・関係	連絡先(TEL)

<タクシー> ★いざというとき使うかもしれません。福祉タクシーなども調べておくといいかも！

会社名	TEL

具合が悪くなった時の確認事項(救急車に伝えることなど)



⑥保険証・手帳・医療証

I. 健康保険証の情報

記号-番号	—	保険者番号	
保険者名称			
保険者所在地			

II. 手帳の情報

手帳の種類		手帳番号	
種別等級	種 級	障害名	
交付履歴			
初めて手帳が交付されたときの情報			

手帳の種類		手帳番号	
種別等級	種 級	障害名	
交付履歴			
初めて手帳が交付されたときの情報			

III. 医療証の情報

自立支援医療受給者証	番号
小児慢性特定疾患医療証	番号
特定医療費(指定難病)医療費受給者証	番号
小児医療費医療証	番号
重度障害者医療証	番号

## 2. 経過の情報

★産まれた時の様子から健診・予防接種など受けた記録、保育・教育履歴を書き足していきましょう。

①出産の状態 ★母子手帳に記載されている情報と同じになります。

妊娠期間	週 日				
娩出日時	年	月	日	午前/午後	時 分
分娩の経過 (母児の状態)	頭位 骨盤位 その他( ) 特記事項				
分娩方法					
分娩所要時間		出血量	少量・中量・多量( ml)		

出 産 時 の 児 の 状 態	性別・数	男・女・不明 : 単・多 ( 胎)			
	計測値	体重	g	身長	cm
		胸囲	cm	頭位	cm
特別な所見・処置	新生児仮死 → ( 死亡・蘇生 ) ・ 死産				

証明	出生証明書 ・ 死産証明書(死胎検案書) ・ 出生証明書及び死亡診断書		
出産の場所 名称			
分娩取扱者 氏名	医師	その他	
	助産師		

②乳幼児期検診・発達の記録

検診時期	所見	受診場所
1ヶ月児検診	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり <input type="checkbox"/> 未受診	
4ヶ月児検診	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり <input type="checkbox"/> 未受診	
10ヶ月児検診	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり <input type="checkbox"/> 未受診	
1歳児検診	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり <input type="checkbox"/> 未受診	
1歳6か月児検診	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり <input type="checkbox"/> 未受診	
3歳児検診	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり <input type="checkbox"/> 未受診	
就学時検診	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり <input type="checkbox"/> 未受診	

首のすわり	ヶ月	ひとり歩き	ヶ月
あやし笑い	ヶ月	指さし	ヶ月
寝返り	ヶ月	ママ、ブーブーなど意味のある言葉	ヶ月
おすわり	ヶ月	「わんわん来た」などの二語文	ヶ月
はいはい	ヶ月	ごっこ遊び	ヶ月
人見知り	ヶ月	排尿自立	ヶ月
つかまり立ち	ヶ月	排便自立	ヶ月
視線が合わない・合いにくい	有 ・ 無		
抱かれることを嫌がる	有 ・ 無		
「ママ」など一旦出ていた言葉が出なくなった	有 ・ 無 どんな言葉 いつ頃から		
言葉以外で、一旦できるようになったことができなくなった	有 ・ 無 どんな言葉 いつ頃から		
その他			

③予防接種と感染症の記録

ワクチン(定期接種)		受けた日	かかった日
インフルエンザ菌 b 型 (ヒブ)	1 回目	年 月 日	年 月 日
	2 回目	年 月 日	年 月 日
	3 回目	年 月 日	年 月 日
	4 回目	年 月 日	年 月 日
肺炎球菌	1 回目	年 月 日	年 月 日
	2 回目	年 月 日	年 月 日
	3 回目	年 月 日	年 月 日
B 型肝炎	1 回目	年 月 日	年 月 日
	2 回目	年 月 日	年 月 日
	3 回目	年 月 日	年 月 日
4 種混合	1 回目	年 月 日	年 月 日
	2 回目	年 月 日	年 月 日
	3 回目	年 月 日	年 月 日
	4 回目	年 月 日	年 月 日
ポリオ	1 回目	年 月 日	年 月 日
	2 回目	年 月 日	年 月 日
	3 回目	年 月 日	年 月 日
	4 回目	年 月 日	年 月 日
BCG	1 回目	年 月 日	年 月 日
麻疹、風疹(MR)	1 回目	年 月 日	年 月 日
	2 回目	年 月 日	年 月 日
水痘	1 回目	年 月 日	年 月 日
	2 回目	年 月 日	年 月 日

ワクチン(任意接種)		受けた日	かかった日
日本脳炎	1回目	年 月 日	年 月 日
	2回目	年 月 日	年 月 日
	3回目	年 月 日	年 月 日
	4回目	年 月 日	年 月 日
ヒトパピローマウイルス(HPV)		年 月 日	年 月 日
ロタウイルス	1回目	年 月 日	年 月 日
	2回目	年 月 日	年 月 日
おたふくかぜ	1回目	年 月 日	年 月 日
	2回目	年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日

④時系列シート【在園・在学中の記録】

I. 保育・学歴 ★保育所、幼稚園、小学校、中学校、高等学校、特別支援学校などの履歴を記入しましょう。

在園・在学期間	園名・学校名
年 月 ~ 年 月	
連絡先(TEL)	
年 月 ~ 年 月	
連絡先(TEL)	
年 月 ~ 年 月	
連絡先(TEL)	
年 月 ~ 年 月	
連絡先(TEL)	
年 月 ~ 年 月	
連絡先(TEL)	
年 月 ~ 年 月	
連絡先(TEL)	

II. 保育所、幼稚園、学校以外での使っているサービスなど

利用期間	内容
年 月 ~ 年 月	
連絡先(TEL)	
年 月 ~ 年 月	
連絡先(TEL)	
年 月 ~ 年 月	
連絡先(TEL)	
年 月 ~ 年 月	
連絡先(TEL)	
年 月 ~ 年 月	
連絡先(TEL)	
年 月 ~ 年 月	
連絡先(TEL)	

### 3. 今の生活

※本人、保護者が記入して下さい。1年に1回、今の生活を記録していきましょう！

①パーソナリティー ★自分や保護者が思う性格や好きなことを書いてみましょう！

NO. \_\_\_\_\_

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢・学年 \_\_\_\_\_

記入者 \_\_\_\_\_

性格
好きなこと・好きなもの
苦手なこと・嫌いなもの
気の合うタイプ/合わないタイプの特徴 お友達：  大人の人：

②1 週間の過ごし方・処置の時間

★学校や習い事、医療ケア等 1 週間の流れを書いてみましょう！

I. 1 週間のタイムスケジュール

NO. \_\_\_\_\_

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 年齢・学年 \_\_\_\_\_

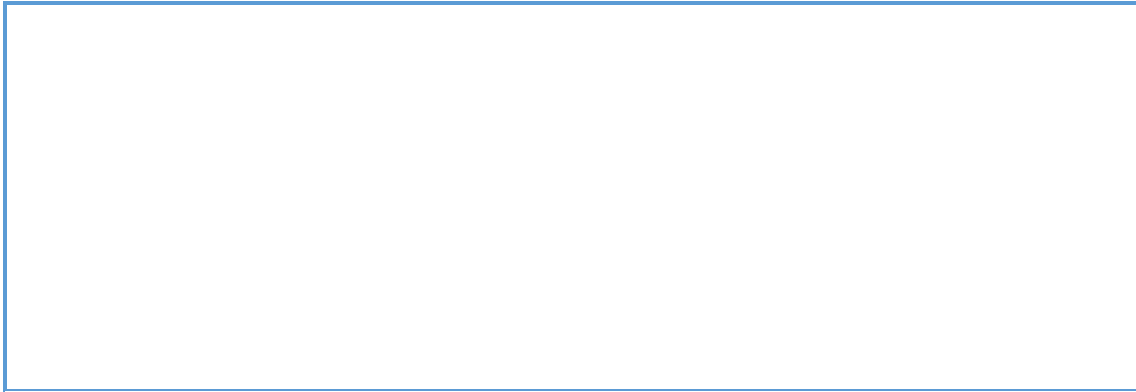
記入者 \_\_\_\_\_

	月	火	水	木	金	土	日
0:00							
1:00							
2:00							
3:00							
4:00							
5:00							
6:00							
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00							
24:00							

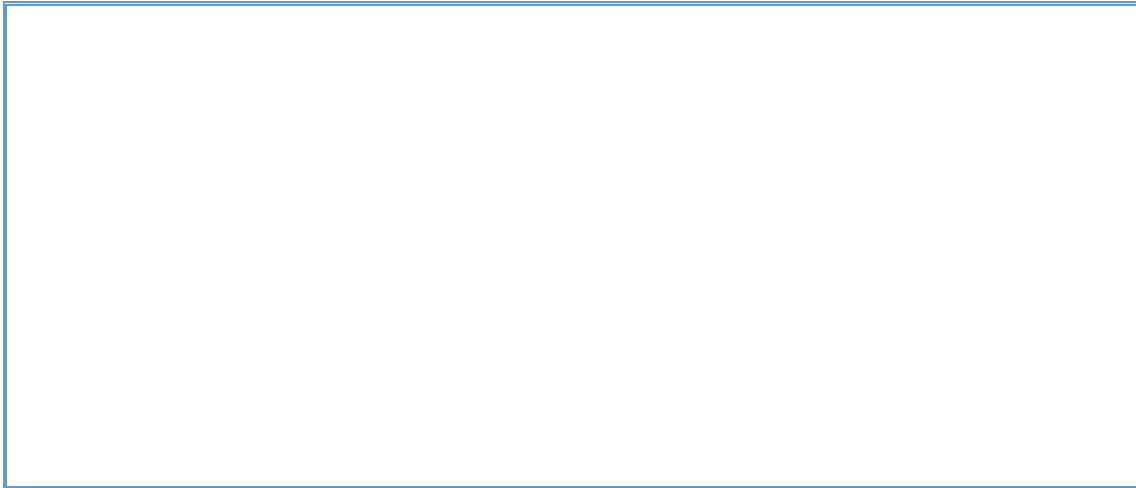


Ⅱ. 外出時に携帯する物 ★医療用品など外出に必要なものを書いておきましょう！

＜普段の外出＞

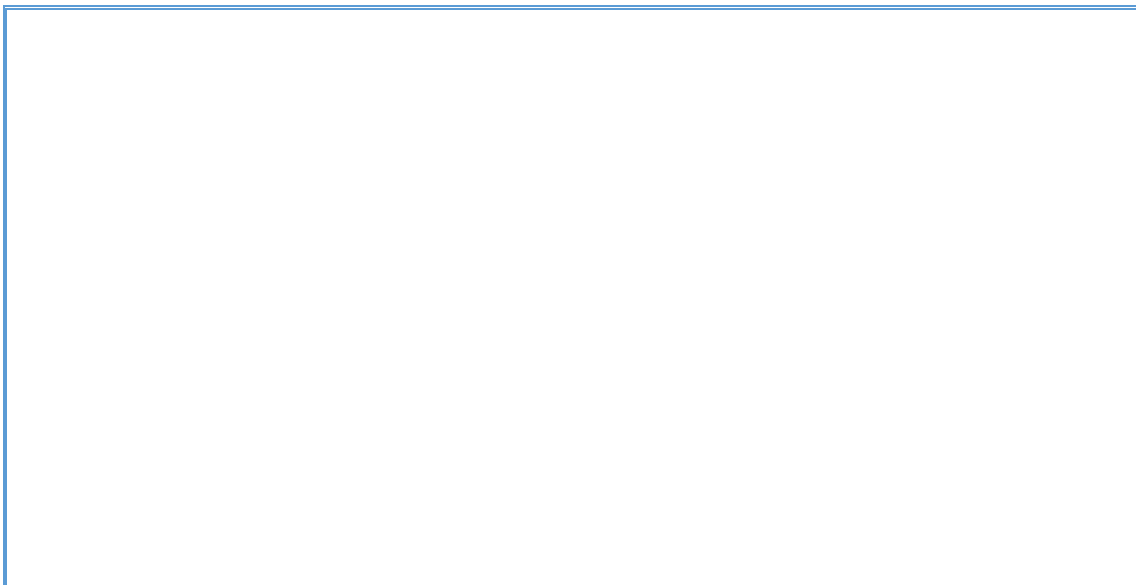


＜長時間の外出＞ ★＜普段の外出時携帯するもの＞＋必要なものを書いておきましょう！



＜泊りのとき＞

★＜普段の外出時携帯するもの＞＋＜長時間の外出時携帯するもの＞＋必要なものを書いておきましょう！



## 4. 医療の情報

※本人、保護者が随時追加して下さい。

①障害・疾患について ★障害・疾患などあれば記入して下さい。

診断名

--

<障害・疾患についての基本情報> ★障害・疾患について記入またはコピーの貼り付けをして下さい。

--

<本人の状態> ★今の体の状態を、記入またはコピーの貼り付けをして下さい。

<今後の治療方針> ★今後、手術予定や治療方法が変わるなど分かっている場合は、記入して下さい。

診断名

--

<障害・疾患についての基本情報> ★障害・疾患について記入またはコピーの貼り付けをして下さい。

--

＜本人の状態＞ ★今の体の状態を、記入またはコピーの貼り付けをして下さい。

＜今後の治療方針＞ ★今後、手術予定や治療方法が変わるなど分かっている場合は、記入して下さい。

②検査・治療・入院記録 ★大きな病気をしたときや気になる病気に罹ったとき、記録しておきましょう。

NO. \_\_\_\_\_

期間	年 月 日 ~ 年 月 日
医療機関名	
内容及び経過	
期間	年 月 日 ~ 年 月 日
医療機関名	
内容及び経過	
期間	年 月 日 ~ 年 月 日
医療機関名	
内容及び経過	
期間	年 月 日 ~ 年 月 日
医療機関名	
内容及び経過	
期間	年 月 日 ~ 年 月 日
医療機関名	
内容及び経過	

NO. \_\_\_\_\_

期間	年 月 日 ~ 年 月 日
医療機関名	
内容及び経過	
期間	年 月 日 ~ 年 月 日
医療機関名	
内容及び経過	
期間	年 月 日 ~ 年 月 日
医療機関名	
内容及び経過	
期間	年 月 日 ~ 年 月 日
医療機関名	
内容及び経過	
期間	年 月 日 ~ 年 月 日
医療機関名	
内容及び経過	

③常用薬の情報 ★お薬手帳やお薬の説明書のコピーでも構いません。記入しておきましょう。

NO. \_\_\_\_\_

記入日 年 月 日 年齢・学年 \_\_\_\_\_

記入者 \_\_\_\_\_

薬の名称	投薬方法／投薬時間	効果・効能



④医療的ケアの情報 ★本人、保護者が医療ケアについて記入して下さい。

NO. \_\_\_\_\_

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢・学年 \_\_\_\_\_

記入者 \_\_\_\_\_

★必要とする医療ケアの口にチェックを付けて下さい。

- |                                   |                                    |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 気管切開     | <input type="checkbox"/> 下咽頭チューブ   |
| <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法   | <input type="checkbox"/> 在宅人工呼吸器療法 |
| <input type="checkbox"/> カフアシスト   | <input type="checkbox"/> 胃チューブ     |
| <input type="checkbox"/> 腸ろう      | <input type="checkbox"/> CV カテーテル  |
| <input type="checkbox"/> 在宅フローラン  | <input type="checkbox"/> 自己注射      |
| <input type="checkbox"/> 鼓膜留置ドレーン | <input type="checkbox"/> ペースメーカー   |
| <input type="checkbox"/> ストーマ     | <input type="checkbox"/> シヤント      |
| <input type="checkbox"/> 体内金属     |                                    |

<input type="checkbox"/> _____
● 医療器具の種類・管理方法
● 医療的ケアの内容 処置出来る人:
● その他のケア 処置出来る人:
※緊急時の対応

<input type="checkbox"/> _____
● 医療器具の種類・管理方法
● 医療的ケアの内容 処置出来る人:
● その他のケア 処置出来る人:
※緊急時の対応

<input type="checkbox"/> _____
● 医療器具の種類・管理方法
● 医療的ケアの内容 処置出来る人:
● その他のケア 処置出来る人:
※緊急時の対応

⑤心理検査履歴 ★心理検査を受けたときに、記録しておきましょう。

実施日	実施機関	検査の結果
年 月 日 歳 ヶ月		
年 月 日 歳 ヶ月		
年 月 日 歳 ヶ月		
年 月 日 歳 ヶ月		
年 月 日 歳 ヶ月		
年 月 日 歳 ヶ月		
年 月 日 歳 ヶ月		

## 5. 保育/教育現場での情報

※注意: 医師や医療従事者に記入してもらうページと、本人・保護者が記入する項目ページがあります。

### <就園時用シート>

#### ①医師からの診断書・意見書など

★医師に記入してもらって下さい。

次ページより記載している「医療的ケア主治医意見書(兼診療情報提供書)」は、例になります。

医療的ケア主治医意見書(兼診療情報提供書)

児童氏名 \_\_\_\_\_

基本情報

主病名	
合併症	
経過	必要に応じて別紙添付してください。
所見等	(病状の安定性、発達や日常生活活動度、治療や生活管理の上での配慮事項などについてご記入ください。)
主な治療と 今後の見通し	必要に応じて別紙添付してください。

施設・事業者で必要な医療ケア

<input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 ) 注入内容:
<input type="checkbox"/> 吸引( <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 咽頭・喉頭部 <input type="checkbox"/> 経鼻気管内 <input type="checkbox"/> 経気管切開 ) 注意事項:
<input type="checkbox"/> 導尿 ( <input type="checkbox"/> 自己導尿の補助・援助 <input type="checkbox"/> 導尿 _____ 時間毎 ) 注意事項:
<input type="checkbox"/> その他 ※痙攣時の対応はこの欄に記入してください。

施設・事業者での生活上の配慮事項

経口摂食・飲水(最低水分量、食形態、増粘剤、姿勢等)

園外活動

行事参加(プール等)

集団での保育教育の適正についての見解(\*)

--

その他

--

平成 年 月 日

医療機関住所: \_\_\_\_\_

医療機関名: \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_

主治医氏名: \_\_\_\_\_ 印

担当部署名: \_\_\_\_\_ (電話: \_\_\_\_\_) 担当者名: \_\_\_\_\_

<就園時用シート>

②就園・就学において医療従事者から医療従事者への伝達事項

★訪問看護や、医療従事者、または親が記入して下さい。

記録日		記録者	
体温		血液型	
身長		体重	
血圧		脈拍	
呼吸		SPO2	
水分		尿量	
浮腫		便	
肺音		腸G音	
疼痛スコア		浣腸・排便	
意識状態		経管栄養	
緊張・側弯			
アレルギー			
医療的観点から、園伝えておきたいこと			

<就園時用シート>

③生活面での注意点・介助に関する情報 ★保護者が記入して下さい。

本人の園生活の目標	
保護者の園生活の目標	
好きなこと	
苦手なこと	

病気・障害	
備考:	

★支援が必要な場合はチェックを付けて下さい。↓

配慮や支援が必要な場面		支援	様子	支援内容
身体機能面	疾病・身体機能	<input type="checkbox"/>		
	見え方	<input type="checkbox"/>		
	聞こえ方	<input type="checkbox"/>		
	姿勢保持	<input type="checkbox"/>		
	体の動かし方 手先の動き	<input type="checkbox"/>		
	その他	<input type="checkbox"/>		
アレルギー		<input type="checkbox"/>		



生活面	排泄	<input type="checkbox"/>		
	衣服の着脱	<input type="checkbox"/>		
	移動	<input type="checkbox"/>		
	睡眠	<input type="checkbox"/>		
	入浴(シャワー)	<input type="checkbox"/>		
	歯磨き・口腔ケア	<input type="checkbox"/>		
	温度調整	<input type="checkbox"/>		
	危険認知	<input type="checkbox"/>		
	その他	<input type="checkbox"/>		
社会性・ コミュニケーション	指示の理解	<input type="checkbox"/>		
	言葉による コミュニケーション	<input type="checkbox"/>		
	人との関わり方	<input type="checkbox"/>		
	集団参加	<input type="checkbox"/>		
	ルールの理解・遂行	<input type="checkbox"/>		

	感情のコントロール	<input type="checkbox"/>		
	注意の集中	<input type="checkbox"/>		
	その他	<input type="checkbox"/>		
食事	アレルギー	<input type="checkbox"/>		
	水分量	<input type="checkbox"/>		
	食具	<input type="checkbox"/>		
	形状	<input type="checkbox"/>		
	量	<input type="checkbox"/>		
	ペース	<input type="checkbox"/>		
	その他	<input type="checkbox"/>		
学習面	数の認知	<input type="checkbox"/>		
	道具の使い方 (ハサミ・クレヨンなど)	<input type="checkbox"/>		
	その他	<input type="checkbox"/>		

<就園時用シート>

④医療的ケア依頼書 ★医師に相談し、保護者が記入して下さい。

\_\_\_\_\_施設・事業者様

## 医療的ケア依頼書

フリガナ  
児童氏名 \_\_\_\_\_

内容	実施内容	留意事項

上記のとおり、施設・事業所での処置の実施について、依頼します。

※施設・事業所の利用中、実施する医療的ケアや児童の身体状況の変化等に関して、当該児童に関する医療機関及び行政機関間での情報提供について、同意します。

平成 年 月 日

保護者署名(自署) \_\_\_\_\_

### <就園時用シート>

#### ⑤疾患児の園生活時に起こりえる緊急時の対応方法

★健康児とは違う対応や、疾患児に起こりえる状況を考え特別な対応が必要な場合、医師に相談し、状況に応じた対応を医師または保護者が記入して下さい。

状態1
状態2
状態3
状態4

<就学时引継ぎシート>

⑥ 保育園・幼稚園から小学校へ引き継ぎ事項

★卒園前に、幼稚園/保育園に園での過ごし方を記入してもらって下さい。

作成日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

作成者 \_\_\_\_\_

I. 園での生活

本人・保護者の 園生活の目標	
達成度	
好きだったこと	
苦手だったこと	

II. 小学校生活で必要だと思う支援

★支援が必要場合はチェックを付けて下さい。↓

配慮や支援が必要な場面		支援	様子	支援内容
身体機能面	疾病・身体機能	<input type="checkbox"/>		
	見え方	<input type="checkbox"/>		
	聞こえ方	<input type="checkbox"/>		
	姿勢保持	<input type="checkbox"/>		
	体の動かし方 手先の動き	<input type="checkbox"/>		
	その他	<input type="checkbox"/>		

アレルギー		<input type="checkbox"/>		
生活面	生活リズム	<input type="checkbox"/>		
	遅刻・欠席等	<input type="checkbox"/>		
	排泄	<input type="checkbox"/>		
	衣服の着脱	<input type="checkbox"/>		
	教室移動	<input type="checkbox"/>		
	登下校	<input type="checkbox"/>		
	温度調整	<input type="checkbox"/>		
	危険認知	<input type="checkbox"/>		
	その他	<input type="checkbox"/>		
	社会性・ コミュニケーション	指示の理解	<input type="checkbox"/>	
言葉による コミュニケーション		<input type="checkbox"/>		
人との関わり方		<input type="checkbox"/>		

	集団参加	<input type="checkbox"/>		
	ルールの理解・遂行	<input type="checkbox"/>		
	感情のコントロール	<input type="checkbox"/>		
	注意の集中	<input type="checkbox"/>		
	その他	<input type="checkbox"/>		
食事	アレルギー	<input type="checkbox"/>		
	水分量	<input type="checkbox"/>		
	食具	<input type="checkbox"/>		
	形状	<input type="checkbox"/>		
	量	<input type="checkbox"/>		
	ペース	<input type="checkbox"/>		
	その他	<input type="checkbox"/>		
学習面	数の認知	<input type="checkbox"/>		
	道具の使い方 (ハサミ・クレヨンなど)	<input type="checkbox"/>		
	その他	<input type="checkbox"/>		

### Ⅲ. 入学式に必要な指導及び支援

想定される課題	対応

### Ⅳ. 課外活動・・宿泊学習などで必要な指導及び支援

想定される課題	対応

### Ⅴ. その他申し送り

--



## <就学時用シート>

### ①医師からの診断書・意見書など

★医師に記入してもらって下さい。

次ページより掲載している「医療的ケア主治医意見書(兼診療情報提供書)」

「公益財団法人日本学校保健会 学校生活管理指導表」は、例になります。

医療的ケア主治医意見書(兼診療情報提供書)

児童氏名 \_\_\_\_\_

基本情報

主病名	
合併症	
経過	必要に応じて別紙添付してください。
所見等	(病状の安定性、発達や日常生活活動度、治療や生活管理の上での配慮事項などについてご記入ください。)
主な治療と 今後の見通し	必要に応じて別紙添付してください。

施設・事業者で必要な医療ケア

<input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 ) 注入内容:
<input type="checkbox"/> 吸引( <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 咽頭・喉頭部 <input type="checkbox"/> 経鼻気管内 <input type="checkbox"/> 経気管切開 ) 注意事項:
<input type="checkbox"/> 導尿 ( <input type="checkbox"/> 自己導尿の補助・援助 <input type="checkbox"/> 導尿 _____ 時間毎 ) 注意事項:
<input type="checkbox"/> その他 ※痙攣時の対応はこの欄に記入してください。

施設・事業者での生活上の配慮事項

経口摂食・飲水(最低水分量、食形態、増粘剤、姿勢等)

園外活動

行事参加(プール等)

集団での保育教育の適正についての見解(\*)

--

その他

--

平成 年 月 日

医療機関住所: \_\_\_\_\_

医療機関名: \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_

主治医氏名: \_\_\_\_\_ 印

担当部署名: \_\_\_\_\_ (電話: \_\_\_\_\_) 担当者名: \_\_\_\_\_

公益財団法人日本学校保健会 学校生活管理指導表（転載許可申請の提出が必要）

<就学時用シート>

②就園・就学において医療従事者から医療従事者への伝達事項

★訪問看護や、医療従事者、または親が記入して下さい。

記録日		記録者	
体温		血液型	
身長		体重	
血圧		脈拍	
呼吸		SPO2	
水分		尿量	
浮腫		便	
肺音		腸 G 音	
疼痛スコア		浣腸・摘便	
意識状態		経管栄養	
緊張・側弯			
アレルギー			
医療的観点から、園伝えておきたいこと			

<就学時用シート>

③生活面での注意点・介助に関する情報 ★保護者が記入して下さい。

本人の学校生活の目標	
保護者の学校生活の目標	
好きなこと	
苦手なこと	

病気・障害	
備考:	

★支援が必要な場合はチェックを付けて下さい。↓

配慮や支援が必要な場面		支援	様子	支援内容
身体機能面	疾病・身体機能	<input type="checkbox"/>		
	見え方	<input type="checkbox"/>		
	聞こえ方	<input type="checkbox"/>		
	姿勢保持	<input type="checkbox"/>		
	体の動かし方 手先の動き	<input type="checkbox"/>		
	その他	<input type="checkbox"/>		
アレルギー		<input type="checkbox"/>		

生活面	生活リズム	<input type="checkbox"/>		
	遅刻・欠席等	<input type="checkbox"/>		
	排泄	<input type="checkbox"/>		
	衣服の着脱	<input type="checkbox"/>		
	教室移動	<input type="checkbox"/>		
	登下校	<input type="checkbox"/>		
	温度調整	<input type="checkbox"/>		
	危険認知	<input type="checkbox"/>		
	その他	<input type="checkbox"/>		
社会性・ コミュニケーション	指示の理解	<input type="checkbox"/>		
	言葉による コミュニケーション	<input type="checkbox"/>		
	人との関わり方	<input type="checkbox"/>		
	集団参加	<input type="checkbox"/>		
	ルールの理解・遂行	<input type="checkbox"/>		

	感情のコントロール	<input type="checkbox"/>		
	注意の集中	<input type="checkbox"/>		
	その他	<input type="checkbox"/>		
食事	アレルギー	<input type="checkbox"/>		
	水分量	<input type="checkbox"/>		
	食具	<input type="checkbox"/>		
	形状	<input type="checkbox"/>		
	量	<input type="checkbox"/>		
	ペース	<input type="checkbox"/>		
	その他	<input type="checkbox"/>		
学習面	数の認知	<input type="checkbox"/>		
	道具の使い方 (ハサミ・クレヨンなど)	<input type="checkbox"/>		
	その他	<input type="checkbox"/>		



<就学時用シート>

④医療的ケア依頼書 ★医師に相談し、保護者が記入して下さい。

\_\_\_\_\_施設・事業者様

## 医療的ケア依頼書

フリガナ  
児童氏名 \_\_\_\_\_

内容	実施内容	留意事項

上記のとおり、施設・事業所での処置の実施について、依頼します。

※施設・事業所の利用中、実施する医療的ケアや児童の身体状況の変化等に関して、当該児童に関する医療機関及び行政機関間での情報提供について、同意します。

平成 年 月 日

保護者署名(自署) \_\_\_\_\_

<就学時用シート>

⑤疾患児の園生活時に起こりえる緊急時の対応方法

★健康児とは違う対応や、疾患児に起こりえる状況を考え特別な対応が必要な場合、医師に相談し、状況に応じた対応を医師または保護者が記入して下さい。

状態1
状態2
状態3
状態4

<中学校進学時用シート>

⑥小学校から中学校へ引き継ぎ事項

※卒業前に、学校に記入してもらって下さい。

作成日 年 月 日 作成者 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 出身小学校 \_\_\_\_\_

I. 小学校での生活

本人の小学校での目標	
達成度	
保護者の小学校での目標	
達成度	
得意なこと・興味関心のあること・好きな教科	
苦手なこと・苦手な教科	

II. 学習の様子

教科	関心・意欲・態度	学習内容の習得状況や支援内容
国語		
算数 数学		
社会		
理科		
英語		
音楽		

図工 美術		
技術 家庭		
保健 体育		
その他		

### Ⅲ. 小学校で伸びたところ

--

### Ⅳ. 効果的であった支援内容

--

※支援状況の欄は中学校入学 2～3 か月前に記載すること。

### Ⅴ. 中学校生活で必要だと思う支援

★支援が必要な場合はチェックを付けて下さい。

配慮や支援が必要な場面		支援	様子	支援内容
身体機能面	疾病・身体機能	<input type="checkbox"/>		
	見え方	<input type="checkbox"/>		
	聞こえ方	<input type="checkbox"/>		
	姿勢保持	<input type="checkbox"/>		
	体の動かし方 手先の動き	<input type="checkbox"/>		
	その他	<input type="checkbox"/>		

アレルギー		<input type="checkbox"/>		
生活面	生活リズム	<input type="checkbox"/>		
	遅刻・欠席等	<input type="checkbox"/>		
	排泄	<input type="checkbox"/>		
	衣服の着脱	<input type="checkbox"/>		
	教室移動	<input type="checkbox"/>		
	登下校	<input type="checkbox"/>		
	温度調整	<input type="checkbox"/>		
	危険認知	<input type="checkbox"/>		
	その他	<input type="checkbox"/>		
	社会性・ コミュニケーション	指示の理解	<input type="checkbox"/>	
言葉による コミュニケーション		<input type="checkbox"/>		
人との関わり方		<input type="checkbox"/>		

	集団参加	<input type="checkbox"/>		
	ルールの理解・遂行	<input type="checkbox"/>		
	感情のコントロール	<input type="checkbox"/>		
	注意の集中	<input type="checkbox"/>		
	その他	<input type="checkbox"/>		
食事	アレルギー	<input type="checkbox"/>		
	水分量	<input type="checkbox"/>		
	食具	<input type="checkbox"/>		
	形状	<input type="checkbox"/>		
	量	<input type="checkbox"/>		
	ペース	<input type="checkbox"/>		
	その他	<input type="checkbox"/>		
学習面	数の認知	<input type="checkbox"/>		
	道具の使い方 (ハサミ・クレヨンなど)	<input type="checkbox"/>		
	その他	<input type="checkbox"/>		

VI. 課外学習・宿泊学習などでの支援・留意点

想定される課題	対応

VII. その他申し送り

--

## <中学校・高校時用シート>

### ①医師からの診断書・意見書など

★医師に記入してもらって下さい。

次ページより掲載している「医療的ケア主治医意見書(兼診療情報提供書)」

「公益財団法人日本学校保健会 学校生活管理指導表」は、例になります。



第8号様式

横浜市長

医療的ケア主治医意見書(兼診療情報提供書)

児童氏名 \_\_\_\_\_

基本情報

主病名	
合併症	
経過	必要に応じて別紙添付してください。
所見等	(病状の安定性、発達や日常生活活動度、治療や生活管理の上での配慮事項などについてご記入ください。)
主な治療と 今後の見通し	必要に応じて別紙添付してください。

施設・事業者で必要な医療ケア

<input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 ) 注入内容:
<input type="checkbox"/> 吸引 ( <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 咽頭・喉頭部 <input type="checkbox"/> 経鼻気管内 <input type="checkbox"/> 経気管切開 ) 注意事項:
<input type="checkbox"/> 導尿 ( <input type="checkbox"/> 自己導尿の補助・援助 <input type="checkbox"/> 導尿 _____ 時間毎 ) 注意事項:
<input type="checkbox"/> その他 ※痙攣時の対応はこの欄に記入してください。

施設・事業者での生活上の配慮事項

経口摂食・飲水(最低水分量、食形態、増粘剤、姿勢等)

園外活動

行事参加(プール等)

集団での保育教育の適正についての見解(\*)

--

その他

--

平成 年 月 日

医療機関住所: \_\_\_\_\_

医療機関名: \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_

主治医氏名: \_\_\_\_\_ 印

担当部署名: \_\_\_\_\_ (電話: \_\_\_\_\_) 担当者名: \_\_\_\_\_

公益財団法人日本学校保健会 学校生活管理指導表（転載許可申請の提出が必要）

<中学校・高校時用シート>

②就園・就学において医療従事者から医療従事者への伝達事項

★訪問看護や、医療従事者、または親が記入して下さい。

記録日		記録者	
体温		血液型	
身長		体重	
血圧		脈拍	
呼吸		SPO2	
水分		尿量	
浮腫		便	
肺音		腸G音	
疼痛スコア		浣腸・摘便	
意識状態		経管栄養	
緊張・側弯			
アレルギー			
医療的観点から、園伝えておきたいこと			

<中学校・高校時シート>

③生活面での注意点・介助に関する情報 ★保護者が記入して下さい。

本人の学校生活の目標	
保護者の学校生活の目標	
好きなこと	
苦手なこと	

病気・障害	
備考:	

★支援が必要な場合はチェックを付けて下さい。↓

配慮や支援が必要な場面		支援	様子	支援内容
身体機能面	疾病・身体機能	<input type="checkbox"/>		
	見え方	<input type="checkbox"/>		
	聞こえ方	<input type="checkbox"/>		
	姿勢保持	<input type="checkbox"/>		
	体の動かし方 手先の動き	<input type="checkbox"/>		
	その他	<input type="checkbox"/>		
アレルギー		<input type="checkbox"/>		

生活面	生活リズム	<input type="checkbox"/>		
	遅刻・欠席等	<input type="checkbox"/>		
	排泄	<input type="checkbox"/>		
	衣服の着脱	<input type="checkbox"/>		
	教室移動	<input type="checkbox"/>		
	登下校	<input type="checkbox"/>		
	温度調整	<input type="checkbox"/>		
	危険認知	<input type="checkbox"/>		
	その他	<input type="checkbox"/>		
社会性・ コミュニケーション	指示の理解	<input type="checkbox"/>		
	言葉による コミュニケーション	<input type="checkbox"/>		
	人との関わり方	<input type="checkbox"/>		
	集団参加	<input type="checkbox"/>		
	ルールの理解・遂行	<input type="checkbox"/>		

	感情のコントロール	<input type="checkbox"/>		
	注意の集中	<input type="checkbox"/>		
	その他	<input type="checkbox"/>		
食事	アレルギー	<input type="checkbox"/>		
	水分量	<input type="checkbox"/>		
	食具	<input type="checkbox"/>		
	形状	<input type="checkbox"/>		
	量	<input type="checkbox"/>		
	ペース	<input type="checkbox"/>		
	その他	<input type="checkbox"/>		
学習面	数の認知	<input type="checkbox"/>		
	道具の使い方 (ハサミ・クレヨンなど)	<input type="checkbox"/>		
	その他	<input type="checkbox"/>		

<中学校・高校時用シート>

④医療的ケア依頼書 ★医師に相談し、保護者が記入して下さい。

\_\_\_\_\_施設・事業者様

## 医療的ケア依頼書

フリガナ  
児童氏名 \_\_\_\_\_

内容	実施内容	留意事項

上記のとおり、施設・事業所での処置の実施について、依頼します。

※施設・事業所の利用中、実施する医療的ケアや児童の身体状況の変化等に関して、当該児童に関する医療機関及び行政機関間での情報提供について、同意します。

平成 年 月 日

保護者署名(自署) \_\_\_\_\_



<中学校・高校時用シート>

⑤疾患児の園生活時に起こりえる緊急時の対応方法

★健康児とは違う対応や、疾患児に起こりえる状況を考え特別な対応が必要な場合、医師に相談し、状況に応じた対応を医師または保護者が記入して下さい。

状態1
状態2
状態3
状態4

<中学校・高校時用シート>

⑥中学校から高等学校へ引き継ぎ事項

※卒業前に、学校に記入してもらって下さい。

作成日 年 月 日 作成者 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 出身小学校 \_\_\_\_\_

I. 中学校での生活

本人の中学校での目標	
達成度	
保護者の中学校での目標	
達成度	
得意なこと・興味関心のあること・好きな教科	
苦手なこと・苦手な教科	

II. 学習の様子

教科	関心・意欲・態度	学習内容の習得状況や支援内容
国語		
算数 数学		
社会		
理科		
英語		
音楽		

図工 美術		
技術 家庭		
保健 体育		
その他		

### Ⅲ. 中学校で伸びたところ

--

### Ⅳ. 効果的であった支援内容

--

※支援状況の欄は中学校入学 2～3 か月前に記載すること。

### Ⅴ. 学校生活で必要だと思う支援

★支援が必要な場合はチェックを付けて下さい。

配慮や支援が必要な場面		支援	様子	支援内容
身体機能面	疾病・身体機能	<input type="checkbox"/>		
	見え方	<input type="checkbox"/>		
	聞こえ方	<input type="checkbox"/>		
	姿勢保持	<input type="checkbox"/>		
	体の動かし方 手先の動き	<input type="checkbox"/>		
	その他	<input type="checkbox"/>		

アレルギー		<input type="checkbox"/>		
生活面	生活リズム	<input type="checkbox"/>		
	遅刻・欠席等	<input type="checkbox"/>		
	排泄	<input type="checkbox"/>		
	衣服の着脱	<input type="checkbox"/>		
	教室移動	<input type="checkbox"/>		
	登下校	<input type="checkbox"/>		
	温度調整	<input type="checkbox"/>		
	危険認知	<input type="checkbox"/>		
	その他	<input type="checkbox"/>		
	社会性・ コミュニケーション	指示の理解	<input type="checkbox"/>	
言葉による コミュニケーション		<input type="checkbox"/>		
人との関わり方		<input type="checkbox"/>		

	集団参加	<input type="checkbox"/>		
	ルールの理解・遂行	<input type="checkbox"/>		
	感情のコントロール	<input type="checkbox"/>		
	注意の集中	<input type="checkbox"/>		
	その他	<input type="checkbox"/>		
食事	アレルギー	<input type="checkbox"/>		
	水分量	<input type="checkbox"/>		
	食具	<input type="checkbox"/>		
	形状	<input type="checkbox"/>		
	量	<input type="checkbox"/>		
	ペース	<input type="checkbox"/>		
	その他	<input type="checkbox"/>		
学習面	数の認知	<input type="checkbox"/>		
	道具の使い方 (ハサミ・クレヨンなど)	<input type="checkbox"/>		
	その他	<input type="checkbox"/>		

VI. 課外学習・宿泊学習などでの支援・留意点

想定される課題	対応

VII. その他申し送り

--

## 6. 保活・園活ノート

★保育園や幼稚園を探しているときに、記録としてお使い下さい。

保育園名	
問い合わせ日	年 月 日
住所	
最寄り駅と駅からの所要時間	駅から 分
自宅からの所要時間	時間 分
電話番号・担当者名	
クラス定員数	
見学日	年 月 日
昨年度入園者の指数	
園舎、園庭の様子	
先生や子供たちの様子	
看護師の有無及び勤務形態	
園との交渉内容	

補足資料:

### 糖尿病患者の治療・緊急連絡法等の連絡表

学校名 \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_ 記載日 平成 \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 区 市 町 村 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
 生年月日 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

**要管理者の現在の治療内容・緊急連絡法**

診断名 ① 1型（インスリン依存型）糖尿病 ② 2型（インスリン非依存型）糖尿病  
 現在の治療 1. インスリン注射： 1日 回 \_\_\_\_\_ 昼食前の学校での注射（有・無）  
 学校での自己血糖値測定（有・無）  
 2. 経口血糖降下薬： 薬品名（ \_\_\_\_\_ ） 学校での服用（有・無）  
 3. 食事・運動療法のみ  
 4. 受診回数 \_\_\_\_\_ 回/月  
 緊急連絡先 保護者 氏名 \_\_\_\_\_ 自宅TEL \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 勤務先（会社名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_）  
 主治医 氏名 \_\_\_\_\_ 施設名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

**学校生活一般:基本的には健常児と同じ学校生活が可能である**

1. 食事に関する注意  
 学校給食 ①制限なし ②お代わりなし ③その他（ \_\_\_\_\_ ）  
 宿泊学習の食事 ①制限なし ②お代わりなし ③その他（ \_\_\_\_\_ ）  
 朝食 ①定時に（ \_\_\_\_\_ 時 食品名 \_\_\_\_\_ ）  
 ②必要なときのみ（ \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 食品名 \_\_\_\_\_ ）  
 ③必要なし  
 2. 日常の体育活動・運動部活動について  
 「日本学校保健会 学校生活管理指導表」を参照のこと  
 3. 学校行事（宿泊学習、修学旅行など）への参加及びその身体活動  
 「日本学校保健会 学校生活管理指導表」を参照のこと  
 4. その他の注意事項 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**低血糖が起こったときの対応\***

程度	症状	対応
軽度	空腹感、いらいら、手がふるえる	グルコース錠2個 (40kcal=0.5単位分、入手できなければ、スティックシュガー10g)
中等度	顔の赤み、冷汗・蒼白、異常行動	グルコース錠2個 (あるいは、スティックシュガー10g) さらに麥糖類を40～80kcal(0.5～1単位分)食べる。 (ビスケットやクッキーなら2～3枚、食パンなら1/2枚、 小さいおにぎり1つなど) 上記補食を食べた後、保健室で休養させ経過観察する。
高度	意識障害、けいれんなど	保護者・主治医に緊急連絡し、救急車にて主治医または近くの病院に搬送する。救急車を持つ間、砂糖などを口内の頬粘膜になすのつける

\*軽度であっても低血糖が起こったときには、保護者・主治医に連絡することが望ましい。



気管切開	カニューレ種類/ サイズ		胃チューブ	チューブの種類	
		Fr		サイズ/挿入長さ	
	吸引制限	cm		交換頻度	
	咽頭気管分離術	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	腸ろう	種類・サイズ	
	Y ガーゼ枚数			固定水	
	ケア方法			ケア方法	
	吸入の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	CV カテーテル	種類・挿入部位	
下咽頭 チューブ	チューブの種類 /長さ		管理	<input type="checkbox"/> あぶちゃん <input type="checkbox"/> 巾着 <input type="checkbox"/> その他	
		cm		ケア方法	
	使用時間		在宅フローラン	注射の交換頻度	
	交換頻度			保冷材の交換頻度	
在宅酸素療法	使用量	ℓ/分	自己注射	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	使用時間			使用方法・時間等	
在宅人工呼吸器療法	種類/機種		鼓膜留置ドレーン	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 )	
	酸素使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
		ℓ	ストーマ	種類	
	呼吸器の設定		シャント	交換頻度	
	加温・加湿			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	使用時間			種類/部位	
回路頻度					
カフアシスト	有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	体内金属	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	設定			種類/部位	
	回数/時間				

名前 \_\_\_\_\_ 男・女 平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日生 ( \_\_\_\_歳) \_\_\_\_\_ 学校 \_\_\_\_年 \_\_\_\_組 提出日 平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

病型・治療	学校生活上の留意点		記載日 年 月 日
	留意点	留意点	
<b>A. 重症アレルギー (特定)</b> 1. 呼吸器 2. 皮膚科 3. アレルギー科 4. 耳鼻科 <b>B-1. 食物アレルギー (吸入)</b> 1. アレルゲン除去 2. 緊急時対応 (吸入器) 3. アナフィラキシー薬 (アドレナリン) 4. その他 <b>B-2. 食物アレルギー (皮膚科)</b> 1. アレルゲン除去 2. 緊急時対応 (吸入器) 3. アナフィラキシー薬 (アドレナリン) 4. その他	1. 学校生活全般 2. ベース校医対応 3. ベース校医対応 (自由記述)	1. 学校生活全般 2. ベース校医対応 3. ベース校医対応 (自由記述)	1. 学校生活全般 2. ベース校医対応 3. ベース校医対応 (自由記述)
<b>A. 重症アレルギー (特定)</b> 1. 呼吸器 2. 皮膚科 3. アレルギー科 4. 耳鼻科 <b>B-1. 食物アレルギー (吸入)</b> 1. アレルゲン除去 2. 緊急時対応 (吸入器) 3. アナフィラキシー薬 (アドレナリン) 4. その他 <b>B-2. 食物アレルギー (皮膚科)</b> 1. アレルゲン除去 2. 緊急時対応 (吸入器) 3. アナフィラキシー薬 (アドレナリン) 4. その他	1. 学校生活全般 2. ベース校医対応 3. ベース校医対応 (自由記述)	1. 学校生活全般 2. ベース校医対応 3. ベース校医対応 (自由記述)	1. 学校生活全般 2. ベース校医対応 3. ベース校医対応 (自由記述)
<b>A. 重症アレルギー (特定)</b> 1. 呼吸器 2. 皮膚科 3. アレルギー科 4. 耳鼻科 <b>B-1. 食物アレルギー (吸入)</b> 1. アレルゲン除去 2. 緊急時対応 (吸入器) 3. アナフィラキシー薬 (アドレナリン) 4. その他 <b>B-2. 食物アレルギー (皮膚科)</b> 1. アレルゲン除去 2. 緊急時対応 (吸入器) 3. アナフィラキシー薬 (アドレナリン) 4. その他	1. 学校生活全般 2. ベース校医対応 3. ベース校医対応 (自由記述)	1. 学校生活全般 2. ベース校医対応 3. ベース校医対応 (自由記述)	1. 学校生活全般 2. ベース校医対応 3. ベース校医対応 (自由記述)

名前 \_\_\_\_\_ 男・女 平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日生 ( \_\_\_\_歳) \_\_\_\_\_ 学校 \_\_\_\_年 \_\_\_\_組 提出日 平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

病型・治療	学校生活上の留意点		記載日 年 月 日
	留意点	留意点	
<b>A. 食物アレルギー病型 (食物アレルギーありの場合のみ記載)</b> 1. 卵 2. 牛乳・乳製品 3. 小麦 4. ソバ 5. ビーナッツ 6. 大豆 7. 甲殻類 (エビ・カニ) 8. 魚介類 9. 鶏卵 10. 肉類 11. その他1 12. その他2 <b>B. アナフィラキシー病型 (アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載)</b> 1. 食物 (卵) 2. 食物 (牛乳) 3. 食物 (小麦) 4. その他 <b>C. 原因不明・診断未定</b> 該当する食品の番号に○をし、かつDに同じ内容を記載 ① 卵 ② 牛乳・乳製品 ③ 小麦 ④ ソバ ⑤ ビーナッツ ⑥ 大豆 ⑦ 甲殻類 (エビ・カニ) ⑧ 魚介類 ⑨ 鶏卵 ⑩ 肉類 ⑪ その他1 ⑫ その他2 <b>D. 診断中に鑑別した処方薬</b> 1. 内服薬 (抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) 2. アドレナリン自己注射薬 (「エピペン」) 3. その他	1. 学校生活全般 2. ベース校医対応 3. ベース校医対応 (自由記述)	1. 学校生活全般 2. ベース校医対応 3. ベース校医対応 (自由記述)	1. 学校生活全般 2. ベース校医対応 3. ベース校医対応 (自由記述)
<b>A. 病型</b> 1. 遠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>B. 治療</b> 1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬 (内服) 2. 鼻噴霧用ステロイド薬 3. その他	1. 学校生活全般 2. ベース校医対応 3. ベース校医対応 (自由記述)	1. 学校生活全般 2. ベース校医対応 3. ベース校医対応 (自由記述)	1. 学校生活全般 2. ベース校医対応 3. ベース校医対応 (自由記述)

※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教職員全員で共有することに同意しますが、  
 1. 同意する  
 2. 同意しない  
 保護者署名: \_\_\_\_\_