令和２年２月２７日

保　護　者　様

多治見市立小泉中学校
校　長　　木股　一朗

来年度の学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）の配付について

日頃より、本校の教育にご支援とご協力をいただき誠にありがとうございます。

さて、学校ではアレルギー疾患のあるお子さんの学校生活をより安心で安全なものとするため、主治医に書いていただいた「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」を提出していただき、お子さんの詳しい症状や対応等を把握しています。

つきましては、**アレルギー疾患（気管支ぜん息・アトピー性皮膚炎・アレルギー性結膜炎・食物アレルギー・アナフィラキシー・アレルギー性鼻炎）で、学校生活において特別な配慮や管理（異常が起きたとき投薬や医師の診断、救急車などの緊急対応等）の必要なお子さん**を対象とした、来年度の「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」（以下「アレルギー管理指導表」）の配付希望の有無等を下記に記入いただき、**3月2日（月）までに全員学校に提出してください。**

なお、食物アレルギーのあるお子さんは、すでに「アレルギー管理指導表」を配布しております。提出された方は「提出済みです」に、まだ提出されていない方は「提出予定です」に〇印を付けてください。

※　「アレルギー管理指導表」の提出にあたり、医療機関でアレルゲンを調べるなど高額な費用が必要となる場合があります。費用は保護者様のご負担となりますので、あらかじめご了承ください。
※　病状は変化することがありますので、継続して管理・指導が必要な場合は、症状等が同じでも原則として毎年新しい「アレルギー管理指導表」をご提出ください。
※　今回お申し出いただかない方で、「アレルギー管理指導表」が必要となった場合は、その都度学校にお申し出ください。

---------- 切り取り ----------

「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の配付希望調査票

下記の４項目から該当するものを１つ選び、〇で囲んでください

主治医に診断結果を書いてもらうため
「アレルギー管理指導表」の配付を

食物アレルギー対応のため
「アレルギー管理指導表」は

希望します　　希望しません　　提出済みです　　提出予定です

※配付の根拠となる疾患名等に〇をつけてください。	
アレルギー疾患名	気管支ぜん息　アトピー性皮膚炎　アレルギー性結膜炎 食物アレルギー　アナフィラキシー　アレルギー性鼻炎
特別な配慮や管理	・　異常が起きた時に備え、学校での薬の使用について配慮が必要 ・　異常が起きた時、医師の診断および救急車などの緊急対応が必要 ・　その他（　　）

令和＿＿年＿＿月＿＿日　＿＿年＿＿組＿＿番　児童生徒名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿