

施設名:

未就学児用 気管支ぜん息 生活管理指導表

提出日 年 月 日

児氏名() 【男・女】 年 月 日生(歳 ヶ月) 組名()

★施設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施設の職員及び消防機関・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	施設での生活上の留意点
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. 寝具に関して 1. 管理不要 2. 防ダニシーツ等の使用 3. その他の管理が必要()
B. 長期管理薬(短期追加治療薬を含む) 1. ステロイド吸入薬(剤形: 投与量(日):) 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 3. DSCG吸入薬 4. ベータ刺激薬(内服・貼付薬) 5. その他()	B. 動物との接触 1. 管理不要 2. 動物への反応が強いため不可 動物名() 3. 飼育活動等の制限()
C. 急性増悪(発作)時の治療薬 1. ベータ刺激薬吸入(薬剤名:) 2. ベータ刺激薬内服(薬剤名:) 3. その他()	C. 外遊び、運動に対する配慮 1. 管理不要 2. 管理必要(管理内容:)
D. 急性増悪(発作)時の対応(自由記載)	D. 特記事項(その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は施設が保護者と相談のうえ決定)

※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。

静岡県医師会子どものアレルギー疾患対策委員会(2020年11月)