

さいたま市アレルギー疾患管理指導願

(気管支ぜん息)

名前

男・女 平成 年 月 日生 年 組

原因・治療

A. 原因 (いくつかある場合は、番号を付けて全て記載):

* 運動により、気管支ぜん息がひどくなったこと: あり なし (○で囲む)

B. 現在使用中の薬剤 (内服薬・外用薬・貼付薬・その他など):

C. 発作症状出現時の治療薬 (主治医に指導されている緊急時に必要な薬剤):

学校生活上の留意点

A. 環境や運動 (体育・部活動等)において:

B. 宿泊を伴う校外活動において:

C. その他 (保護者の意見等も含む):

- 主治医または専門医の指導により、以上の事項を記載し提出致します。
- 学校における日常の取組み及び緊急の対応に活用するため、本表に記載された内容を本校の教職員全員で共有することに同意しますか。

1. 同意する。 2. 同意しない。

●緊急の連絡先

連絡順位	氏名	続柄等	連絡先	電話番号
1			自宅・職場・携帯・()	
2			自宅・職場・携帯・()	
3			自宅・職場・携帯・()	

提出日: 令和 年 月 日

保護者氏名

印