

Tabela de Orientação e Supervisão Escolar Cotidiana (para doenças alérgicas)

名前 _____ 男・女 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生(_____ 歳) _____ 学校 _____ 年 _____ 組
 Nome Masc./ Fem. Data de nascimento: _____ / _____ / _____ (_____ anos) _____ escola _____ série _____ turma
 Ano Heisei mês dia

提出日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 Data de entrega: Ano Heisei mês dia

学校生活管理指導表
アレルギー疾患用

気管支ぜん息 (ありなし) Asma brônquica (Tem / Não tem)	病型・治療 Tipo de doença e tratamento	学校生活上の留意点 Cuidados do dia-a-dia na escola	保護者 Responsável 電話 Telefone: 連絡医療機関 Instituição médica a contatar 医療機関名 Nome da instituição médica: 電話 Telefone:
	A. 重傷度分類 (発作型) A Classificação do grau de gravidade (tipo de ataque): 1. 間欠型 1. Intermitente 2. 軽症持続型 2. Persistente leve 3. 中等症持続型 3. Persistente moderado 4. 重症持続型 4. Persistente grave	C. 急性発作治療薬 C Medicamento para crise aguda 1. ベータ刺激薬吸入 1. Beta-agonista por inalação 2. ベータ刺激薬内服 2. Beta-agonista de uso interno D. 急性発作時の対応 (自由記載) D. Mediadas a serem tomadas quando ocorrer uma crise aguda (escrever livremente)	
アトピー性皮膚炎 (ありなし) Dermate atópica (Tem / Não tem)	病型・治療 Tipo de doença e tratamento	学校生活上の留意点 Cuidados do dia-a-dia na escola	記載日 Data de preenchimento 年(ano) 月(mês) 日(dia) 医師名 Nome do médico 医療機関名 Nome da instituição
	B - 1. 長期管理薬 (吸入型) B-1 Medicamento de administração prolongada (por inalação): 1. ステロイド吸入型 1. Esteróides inaladores 2. 長時間作用性吸入ベータ刺激薬 2. Beta-agonista de ação prolongada por inalação 3. 吸入抗アレルギー薬 (「インタール」) 3. Anti-alérgico de inalação ("Intal [®] ") 4. その他 4. Outros ()	B. 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 B. Atividades em contato com animais e ou em ambientes com poeira, etc. 1. 配慮不要 1. Sem necessidade de cuidados 2. 保護者と決定し決定 2. Decidir após consultar os responsáveis 3. 動物へのアレルギーが強いため不可 3. Impossível, devido a forte alergia à animais, 動物名 Nome do animal ()	
B - 2. 長期管理薬 (内服薬・貼付薬) B-1 Medicamento de administração prolongada (uso interno, emplástro): 1. テオフィリン徐放製剤 1. Medicamento a base de teofilina com ação prolongada 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 2. Antagonistas do receptor de leucotrienos 3. ベータ刺激内服薬・貼付薬 3. Beta-agonista de uso interno/emplástro 4. その他 4. Outros ()	D. その他の配慮・管理事項 (自由記載) D. Outros itens para cuidados e surpervisão (escrever livremente)	D. 発汗後 C. Após suar 1. 配慮不要 1. Sem necessidade de cuidados 2. 保護者と相談し決定 2. Decidir após consultar os responsáveis 3. (学校施設で可能な場合) 夏季シャワー浴 3. (Sendo possível nas instalações da escola)	
A. 重傷度のめやす (厚生労働科学研究班) A. Referência de nível de intensidade (Kousei Roudou Kagaku Kenkyuu-han) 1. 軽症: 面積にかかわらず、軽度の皮疹のみみられる。 1. Caso leve: Independente da área, constata-se apenas uma leve erupção cutânea. 2. 中等症: 強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満にみられる。 2. Caso médio: Constata-se erupção cutânea acompanhada de forte inflamação em menos de 10% da área superficial do corpo. 3. 重症: 強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満にみられる 3. Caso grave: Constata-se erupção cutânea acompanhada de forte inflamação em mais de 10% e menos de 30% da área superficial do corpo. 4. 最重症: 強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上にみられる。 4. Caso extremamente grave: Constata-se erupção cutânea acompanhada de forte inflamação em mais de 30% da área superficial do corpo. * 軽度の皮疹: 軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変 * Erupção cutânea leve: Eritema de intensidade leve, ressecamento, alteração patológica da parte principal da	A. プール指導及び長時間の紫外線下での活動 A. Orientação na piscina e atividades por longo tempo sob raios ultra-violeta. 1. 管理不要 1. Sem necessidade de supervisão 2. 保護者と相談し決定 2. Decidir após consultar os responsáveis B. 動物との接触 B. Atividades em contato com animais 1. 配慮不要	D. その他配慮・管理事項 (自由記載)	

	descamação * 強い炎症を伴う皮疹: 紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変 * Erupção cutânea causada por forte inflamação: Alteração patológica acompanhada de eritema, pápula, erosão da pele, infiltrações, liquen plano, etc.			1. Sem necessidade de cuidados 2. 保護者と相談し決定 2. Decidir após consultar os responsáveis 3. 動物へのアレルギーが強いため不可 3. Impossível devido à forte alergia à animais 動物名 Nome do animal ()	D. Outros itens para cuidados e supervisão (escrever livremente)
	B - 1. 常用する外用薬 B-1. Medicamento de uso externo para uso diário 1. ステロイド軟膏 1. Pomada esteróide 2. タクロリムス軟膏 (「プロトピック®」) 2. Pomada tacrolimus ("Protopic®") 3. 保湿剤 3. Hidratantes 4. その他 4. Outros ()	B - 2. 常用する内服薬 B-2. Medicamento de uso interno para uso diário 1. 抗ヒスタミン薬 1. Anti-histamínico 2. その他 2. Outros ()	C. 食物アレルギーの合併 C. Combinação com alergia alimentar 1. あり 1. Tem 2. なし 2. Não tem		
アレルギー性結膜炎 (ありなし) Conjuntivite alérgica (Tem / Não tem)	病型・治療 Tipo de doença e tratamento			学校生活上の留意点 Cuidados do dia-a-dia na escola	
	A. 病型 A. Tipo de doença 1. 通年性アレルギー性結膜炎 1. Conjuntivite alérgica perene 2. 季節性アレルギー性結膜炎(花粉症) 2. Conjuntivite alérgica sazonal (kafun-sho – alergia ao pólen) 3. 春季カタル 3. Catarro da primavera 4. アトピー性角結膜炎 4. Ceratoconjuntivite atópica 5. その他 () 5. Outros			A. プール指導 A. Orientações na piscina 1. 管理不要 1. Sem necessidade de supervisão 2. 保護者と相談し決定 2. Decidir após consultar os responsáveis 3. プールへの入水不可 3. Impossível entrar na piscina	
	B. 治療 B. Tratamento 1. 抗アレルギー点眼薬 1. Antialérgico ocular em gotas 2. ステロイド点眼薬 2. Esteróide ocular em gotas 3. 免疫抑制点眼薬 3. Imunossupressor ocular em gotas 4. その他 () 4. Outros			B. 屋外管理 B. Supervisão em atividades externas 1. 管理不要 1. Sem necessidade de supervisão 2. 保護者と相談し決定 2. Decidir após consultar os responsáveis C. その他の配慮・管理事項(自由記載) C. Outros itens para cuidados e supervisão (escrever livremente)	
			記載日 Data de preenchimento 年(ano) 月(mês) 日(dia)	医師名 Nome do médico (印)	医療機関名 Nome da instituição médica

Tabela de Orientação e Supervisão Escolar Cotidiana (para doenças alérgicas)

名前 _____ 男・女 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳) _____ 学校 _____ 年 _____ 組 _____ 提出日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 Nome _____ Masc./ Fem. _____ Data de nascimento: _____ / _____ / _____ (_____ anos) _____ escola _____ série _____ turma _____ Data de entrega: _____ Ano Heisei _____ mês _____ dia
 Ano Heisei _____ mês _____ dia

学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)

食物アレルギー アナフィラキシー (ありなし) Alergia alimentar (Tem / Não tem) Anafilaxia (Tem / Não tem)	病型・治療 Tipo de doença e tratamento	学校生活上の留意点 Cuidados do dia-a-dia na escola	緊急時連絡先	保護者 Responsável
	<p>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) A. Tipo de doença alérgica alimentar (preencher somente no caso de ter alergia alimentar)</p> <p>1. 即時型 1. Tipo imediato</p> <p>2. 口腔アレルギー症候群 2. Síndrome de alergia oral</p> <p>3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3. Anafilaxia induzida por exercício dependente de alimentos</p> <p>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. Tipo de doença anafilática (preencher somente no caso de ter histórico de anafilaxia)</p> <p>1. 食物 (原因) _____) 1. Alimentos (Causa)</p> <p>2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 2. Anafilaxia induzida por exercício dependente de alimentos</p> <p>3. 運動誘発アナフィラキシー 3. Anafilaxia induzida por exercício</p> <p>4. 昆虫 4. Insetos</p> <p>5. 医薬品 5. Medicamento</p> <p>6. その他 (_____) 6. Outros</p> <p>C. 原因食物・診断根拠 該当する食品の番号に をし、かつ () 内に診断根拠を記載 C. Alimento causador / razão do diagnóstico Circular o número do alimento correspondente e descrever a razão do diagnóstico nos parênteses</p> <p>1. 鶏卵 (_____) 1. Ovo</p> <p>2. 牛乳・乳製品 (_____) 2. Leite / laticínios</p> <p>3. 小麦 (_____) 3. Trigo</p> <p>4. ソバ (_____) 4. Soba (trigo sarraceno)</p> <p>5. ピーナッツ (_____) 5. Amendoim</p> <p>6. 種実類・木の実類 (_____) (_____) 6. Amêndoas / sementes</p> <p>7. 甲殻類 (エビ・カニ) (_____) 7. Crustáceos (camarão, caranguejo)</p> <p>8. 果実類 (_____) (_____) 8. Frutas</p> <p>9. 魚類 (_____) (_____) 9. Peixes</p> <p>10. 肉類 (_____) (_____) 10. Carnes</p> <p>11. その他1 (_____) (_____) 11. Outros 1</p> <p>12. その他2 (_____) (_____) 12. Outros 2</p> <p>D. 緊急時に備えた処方薬 D. Medicamentos prescritos para casos de emergência</p> <p>1. 内服薬 (抗ヒスタミン薬、ステロイド薬)</p>	<p>A. 給食 A. Refeição escolar</p> <p>1. 管理不要 1. Sem necessidade de supervisão</p> <p>2. 保護者と相談し決定 2. Decidir após consultar os responsáveis</p> <p>B. 食物・食材を扱う授業・活動 B. Aulas/atividades que utilizam alimentos/ ingredientes alimentícios</p> <p>1. 管理不要 1. Sem necessidade de supervisão</p> <p>2. 保護者と相談し決定 2. Decidir após consultar os responsáveis</p> <p>C. 運動 (体育・部活動等) C. Atividades físicas</p> <p>1. 管理不要 1. Sem necessidade de supervisão</p> <p>2. 保護者と相談し決定 2. Decidir após consultar os responsáveis</p> <p>D. 宿泊を伴う校外活動 D. Atividades de estudos externos que necessitam de pernoite</p> <p>1. 配慮不要 1. Sem necessidade de cuidados</p> <p>2. 食事やイベントの際に配慮が必要 2. Precisa de cuidados na ocasião de refeições e eventos</p> <p>E. その他の配慮・管理事項 (自由記載) E. Outros itens para cuidados e supervisão (escrever livremente)</p>		<p>保護者 Responsável</p> <p>電話 Telefone: _____</p> <p>連絡医療機関 Instituição médica a contatar</p> <p>医療機関名 Nome da instituição médica : _____</p> <p>電話 Telefone: _____</p> <p>記載日 Data de preenchimento _____ 年 (ano) _____ 月 (mês) _____ 日 (dia)</p> <p>医師名 Nome do médico _____ (印)</p> <p>医療機関名 Nome da instituição médica _____</p>

[診断根拠] 該当するもの全てを () 内に記載
 Escrever todos os itens correspondentes à "razão do diagnóstico" nos parênteses

あきらかな症状の既往
 Histórico de sintomas claros

食物負荷試験陽性
 Teste alérgico de reação à alimentos positivo

IgE抗体等検査結果陽性
 Resultado positivo do teste de anticorpo IgE

アレルギー性結膜炎 (ありなし) Rinite alérgica (Tem / Não tem)	1. Medicamentos de uso interno (anti-histamínico, esteróide) 2. アドレナリン自己注射(「エピペン®」) 2. Auto-injeção de adrenalina ("EpiPen®") 3. その他() 3. Outros		
	病型 治療 Tipo de doença e tratamento	学校生活上の留意点 Cuidados do dia-a-dia na escola	記載日 Data de preenchimento 年(ano) 月(mês) 日(dia)
	A. 病型 A. Tipo de doença 1. 通年性アレルギー性鼻炎 1. Rinite alérgica perene 2. 季節性アレルギー性結膜炎(花粉症) 2. Rinite alérgica sazonal (kafun-sho – alergia ao pólen) 主な症状の時期; 春、夏、秋、冬 Época com principais sintomas: primavera, verão, outono, inverno	A. 屋外活動 A. Atividades externas 1. 管理不要 1. Sem necessidade de supervisão 2. 保護者と相談し決定 2. Decidir após consultar os responsáveis	医師名 Nome do médico
B. 治療 B. Tratamento 1. 抗ヒスタミン薬 抗アレルギー薬(内服) 1. Anti-histamínico / antialérgico (uso interno) 2. 鼻噴霧用ステロイド薬 2. Esprei nasal de esteróide 3. その他() 3. Outros	B. その他の配慮 管理事項(自由記載) B. Outros itens para cuidados e supervisão (escrever livremente)	医療機関名 Nome da instituição médica	

(財) 日本学校保健会 作成

●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か。

Você concorda que as informações contidas nesta tabela sejam conhecidas por todos os funcionários da escola para atender adequadamente nas atividades realizadas no dia-a-dia escolar e em casos emergenciais?

- 1. 同意する
- 1. Concordo
- 2. 同意しない
- 2. Não concordo

保護者署名: _____
 Nome do responsável: _____