

**K. International Preschool  
Allergy Information Sample  
アレルギー情報参考資料**

<b>■ Food allergies 食物アレルギー</b> <b>■ Anaphylaxis アナフィラキシー</b>	<input type="checkbox"/> Yes あり <input type="checkbox"/> No なし <input type="checkbox"/> Yes あり <input type="checkbox"/> No なし
<b>Type of disease / Treatment 病型・治療</b>	
A: Type of food allergy (complete only if child has food allergy) 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) <input type="checkbox"/> Immediate-type food allergy 即時型 <input type="checkbox"/> OAS (oral allergy syndrome) 口腔アレルギー症候群 <input type="checkbox"/> Food-dependent exercise-induced anaphylaxis 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	
B: Type of anaphylaxis (complete only if child has a history of anaphylaxis) アナフィラキシー病型(アナフィラキシー既往ありの場合のみ記載) <input type="checkbox"/> Food 食物 (Cause 原因: _____ ) <input type="checkbox"/> Food-dependent exercise-induced anaphylaxis 食物依存性運動誘発アナフィラキシー <input type="checkbox"/> Exercise-induced anaphylaxis 運動誘発アナフィラキシー <input type="checkbox"/> Insects 昆虫 <input type="checkbox"/> Medication 医薬品 <input type="checkbox"/> Other その他 →	
C: Causal food items / Evidence (please check all relevant causal items and provide brief details of evidence) 該当する食品診断根拠(該当食品全てにチェックをし、診断根拠を簡単に記入して下さい) <input type="checkbox"/> Egg 鶏卵 → <input type="checkbox"/> Milk, dairy products 牛乳・乳製品 → <input type="checkbox"/> Wheat 小麦 → <input type="checkbox"/> Soba ソバ → <input type="checkbox"/> Peanuts ピーナッツ → <input type="checkbox"/> Seeds, nuts 種実類・木の実類 → <input type="checkbox"/> Crustacea (shrimp, crab) 甲殻類(エビ・カニ) → <input type="checkbox"/> Fruit 果物類 → <input type="checkbox"/> Fish 魚類 → <input type="checkbox"/> Meat 肉類 → <input type="checkbox"/> Other その他 →	
D. Medication for emergency use 緊急時に備えた処方薬 <input type="checkbox"/> Oral agents (antihistamines, glucocorticoids) 内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) <input type="checkbox"/> Epinephrine injection (Epipen) アドレナリン自己注射薬(エピペン) <input type="checkbox"/> Other その他 →	
<b>Matters for school consideration 学校生活上の留意点</b>	
A. School lunch 給食 <input type="checkbox"/> Special arrangements not required 管理不要 <input type="checkbox"/> Decide in consultation with parents 保護者と相談し決定	
B. Lessons/activities involving food/food products 食物・食材を扱う授業・活動 <input type="checkbox"/> Special arrangements not required 管理不要 <input type="checkbox"/> Decide in consultation with parents 保護者と相談し決定	
C. Physical exercise (PE, sporting clubs) 運動(体育・部活動等) <input type="checkbox"/> Special arrangements not required 管理不要 <input type="checkbox"/> Decide in consultation with parents 保護者と相談し決定	
D. Overnight excursions 宿泊を伴う校外活動 <input type="checkbox"/> Special consideration not required 配慮不要 <input type="checkbox"/> Special consideration needed for meals and at events 食事やイベントの際に配慮が必要	

<b>■ Allergic rhinitis アレルギー性鼻炎</b>	<input type="checkbox"/> Yes あり <input type="checkbox"/> No なし
<b>Type of disease / Treatment 病型・治療</b>	
A: Type of disease 病型 <input type="checkbox"/> Perennial allergic rhinitis 通年性アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> Seasonal allergic rhinitis (hay fever, pollinosis) 季節性アレルギー鼻炎 (花粉症) Prevalent in 主な症状の時期: spring 春 / summer 夏 / autumn 秋 / winter 冬	
B: Treatment 治療 <input type="checkbox"/> Antihistamines / anti-allergy medicine (oral) 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬(内服) <input type="checkbox"/> Topical glucocorticoids (nasal) 鼻噴霧用ステロイド薬 <input type="checkbox"/> Other その他 →	
<b>Matters for school consideration 学校生活上の留意点</b>	
A. Outdoor activities 屋外活動 <input type="checkbox"/> Special arrangements not required 管理不要 <input type="checkbox"/> Decide in consultation with parents 保護者と相談し決定	

<b>■ Bronchial asthma 気管支喘息</b>	<input type="checkbox"/> Yes あり <input type="checkbox"/> No なし
<b>Type of disease / Treatment 病型・治療</b>	
A: Severity (attack type) 重症度分類(発作型) <input type="checkbox"/> Intermittent 間欠型 <input type="checkbox"/> Mildly persistent 軽症持続型 <input type="checkbox"/> Moderately persistent 中等症持続型 <input type="checkbox"/> Severely persistent 重症持続型	
B-1: Medication for long-term use (inhalation) 長期管理薬(吸入薬) <input type="checkbox"/> Inhaled glucocorticoids ステロイド吸入薬 <input type="checkbox"/> Long-acting beta agonists 長時間作用性吸入ベータ刺激薬 <input type="checkbox"/> Cromolyn sodium inhalation aerosol (Intal inhaler) 吸入抗アレルギー薬(インターール) <input type="checkbox"/> Other その他 →	
B-2: Medication for long-term use (oral, transdermal) 長期管理薬(内服薬・貼付薬) <input type="checkbox"/> Theophylline sustained released formulation テオフィリン徐放製剤 <input type="checkbox"/> Leukotriene receptor antagonist ロイコトリエン受容体拮抗薬 <input type="checkbox"/> Beta agonists (oral, transdermal) ベータ刺激内服薬・貼付薬 <input type="checkbox"/> Other その他 →	
C: Medication for acute attacks 急性発作治療薬 <input type="checkbox"/> Inhaled beta agonists ベータ刺激薬吸入 <input type="checkbox"/> Beta agonists (oral) ベータ刺激薬内服	
D. Action required during acute attacks 急性発作時の対応	
<b>Matters for school consideration 学校生活上の留意点</b>	
A. Physical exercise (PE, sporting clubs) 運動(体育・部活動等) <input type="checkbox"/> Special arrangements not required 管理不要 <input type="checkbox"/> Decide in consultation with parents 保護者と相談し決定 <input type="checkbox"/> Hard exercise not permitted 強い運動は不可	
B. Activities involving contact with animals or in a dusty environment 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 <input type="checkbox"/> Special considerations not required 配慮不要 <input type="checkbox"/> Decide in consultation with parents 保護者と相談し決定 <input type="checkbox"/> Not permitted due to strong allergy to animals 動物へのアレルギーが強いため不可 (Animal 動物名: )	
C. Overnight excursions 宿泊を伴う校外活動 <input type="checkbox"/> Special considerations not required 配慮不要 <input type="checkbox"/> Decide in consultation with parents 保護者と相談し決定	

<b>■ Atopic dermatitis アトピー性皮膚炎</b>		<input type="checkbox"/> Yes あり	<input type="checkbox"/> No なし
<b>Type of disease / Treatment 病型・治療</b>			
<p>A: Severity 重症度のためやす</p> <p><input type="checkbox"/> Mild: Slight rash only regardless of the area 軽症: 面積にかかわらず、軽度の皮疹のみみられる</p> <p><input type="checkbox"/> Moderate: Strong rash visible on less than 10% of the body 中等症: 強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満に見られる</p> <p><input type="checkbox"/> Severe: Strong rash visible on 10 to 30% of the body 重症: 強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満に見られる</p> <p><input type="checkbox"/> Very severe: Strong rash visible on over 30% of the body 最重症: 強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上に見られる</p> <p>*A slight rash may show a slight redness, dryness and desquamation. 軽度の皮疹: 軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変</p> <p>*A strong rash may show lesions containing erythema, papules, erosion, infiltration and lichenification. 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</p>			
<p>B-1: Topical treatments 常用する外用薬</p> <p><input type="checkbox"/> Glucocorticoid ointment ステロイド軟膏</p> <p><input type="checkbox"/> Tacrolimus ointment (Protopic) タクロリムス軟膏(プロトピック)</p> <p><input type="checkbox"/> Moisturizers 保湿剤</p> <p><input type="checkbox"/> Other その他 →</p>		<p>B-2: Oral treatments 常用する内服薬</p> <p><input type="checkbox"/> Antihistamines 抗ヒスタミン薬</p> <p><input type="checkbox"/> Other その他 →</p>	
<p>C. Co-existing food allergy 食物アレルギーの合併</p> <p><input type="checkbox"/> Yes あり</p> <p><input type="checkbox"/> No なし</p>			
<b>Matters for school consideration 学校生活上の留意点</b>			
<p>A. Swimming and activities under direct sunlight for extended periods プール指導及び長時間の紫外線下の活動</p> <p><input type="checkbox"/> Special arrangements not required 管理不要</p> <p><input type="checkbox"/> Decide in consultation with parents 保護者と相談し決定</p>			
<p>B. Contact with animals 動物との接触</p> <p><input type="checkbox"/> Special considerations not required 配慮不要</p> <p><input type="checkbox"/> Decide in consultation with parents 保護者と相談し決定</p> <p><input type="checkbox"/> Not permitted due to strong allergy to animals 動物へのアレルギーが強いため不可 (Animal 動物名: )</p>			
<p>C. After perspiring 発汗後</p> <p><input type="checkbox"/> Special considerations not required 配慮不要</p> <p><input type="checkbox"/> Decide in consultation with parents 保護者と相談し決定</p>			

<b>■ Allergic conjunctivitis アレルギー性結膜炎</b>		<input type="checkbox"/> Yes あり	<input type="checkbox"/> No なし
<b>Type of disease / Treatment 病型・治療</b>			
<p>A: Type of disease 病型</p> <p><input type="checkbox"/> Perennial allergic conjunctivitis 通年性アレルギー性結膜炎</p> <p><input type="checkbox"/> Seasonal allergic conjunctivitis (hay fever / pollinosis) 季節性アレルギー性結膜炎 (花粉症)</p> <p><input type="checkbox"/> Spring catarrh 春季カタル</p> <p><input type="checkbox"/> Atopic keratoconjunctivitis アトピー性結膜炎</p> <p><input type="checkbox"/> Other その他 →</p>			
<p>B: Treatment 治療</p> <p><input type="checkbox"/> Topical anti-allergy medicine (eye drops) 抗アレルギー点眼薬</p> <p><input type="checkbox"/> Topical glucocorticoids (eye drops) ステロイド点眼薬</p> <p><input type="checkbox"/> Topical immunosuppressive agents (eye drops) 免疫抑制点眼薬</p> <p><input type="checkbox"/> Other その他 →</p>			
<b>Matters for school consideration 学校生活上の留意点</b>			
<p>A. Swimming プール指導</p> <p><input type="checkbox"/> Special arrangements not required 管理不要</p> <p><input type="checkbox"/> Decide in consultation with parents 保護者と相談し決定</p> <p><input type="checkbox"/> Not permitted to enter pool プールへの入水不可</p>			
<p>B. Outdoor activities 屋外活動</p> <p><input type="checkbox"/> Special arrangements not required 管理不要</p> <p><input type="checkbox"/> Decide in consultation with parents 保護者と相談し決定</p>			