

中央市学校給食における
食物アレルギー対応ガイドライン

平成31年4月策定

令和5年9月一部改訂

中央市教育委員会

はじめに

本市の学校給食施設は、玉穂学校給食共同調理場・田富小中学校給食室・田富北小学校給食室・田富南小学校給食室・豊富小学校給食室の5施設あり、この5か所に設置した学校給食施設により栄養バランスの取れた給食を提供し、児童生徒の健康保持、体力向上に努めておりますが、当該各施設は、年数経過とともに老朽化が進み、近い将来、安全安心な給食の提供に支障がでることが懸念されます。

今後も引き続き、栄養バランスの取れた安全安心な給食を提供していくため、教育委員会としては、現存する学校給食施設を統合し、新しい学校給食センターを建設することとしました。

新しい学校給食センターを建設するにあたり、近年の児童生徒を取り巻く生活環境や食生活の変化に伴い、食物アレルギーを有する児童生徒が増加傾向にあることから、食物アレルギーに対する取り組みを行うことは重要な課題の一つであります。

このようなことから、新しい学校給食センターには、食物アレルギー対応食調理室を設け、食物アレルギーを有する児童生徒が一人でも多く他の児童生徒と同じように給食を楽しむことができることを目指します。

現在、食物アレルギーを有する児童生徒の給食提供への対応は各学校の判断で実施されており、統一したマニュアルがありませんでした。

こうした現状を踏まえ、教育委員会では、児童生徒に食物アレルギー対応食を提供するにあたり「中央市学校給食における食物アレルギー対応ガイドライン」を策定しました。

本ガイドラインでは、突発的な食物アレルギー発症時における対応マニュアルの整備、アレルギー症状の診断を受けた児童生徒が行う各種手続きについて学校毎に行われてきた方法を精査し、市立学校全体で統一した手続きとすることで関係機関の情報伝達の円滑化を図っていきたいと考えています。

本ガイドラインを活用することで安全安心な学校給食の提供に努め、アレルギー発症の未然防止に留意することにより、児童生徒の楽しい給食時間を確保できるよう関係者・機関全体で食物アレルギー対応に取り組んでまいります。

最後に、ガイドライン作成にあたり、ご協力いただいた皆様に対し心から感謝申し上げます。

平成31年4月

中央市教育委員会

目 次

1. 基本的方針 P 3
2. 食物アレルギー対応の判断基準 P 3
3. 食物アレルギーの対応方法 P 4～P 5
4. 食物アレルギー対応の体制 P 6～P 8
5. 食物アレルギーの把握から対応の決定 P 9～P 11
6. 給食時の対応と指導の手引（例） P 12
7. 緊急時対応について P 13～P 14
8. その他 学校給食以外での配慮 P 15～P 16

《様式》

- 様式1-1 食物アレルギー調査票（新入生・転入生用） P 17
- 様式1-2 食物アレルギー調査票（在校生・在校生新規用） P 18
- 様式1-3 学校給食における食物アレルギー対応に関わる書類の提出について P 19
- 様式2 学校生活管理指導表 P 20
- 様式3-1 食物アレルギー対応申請書 P 21～P 22
- 様式3-2 食物アレルギー個人調査票 P 23～P 24
- 様式4 食物アレルギー対応決定通知書 P 25
- 様式5 面談記録票兼個別取組プラン（案・決定） P 26～P 27
- 様式6-1 アドレナリン自己注射薬に関わる情報提供について（通知） P 28
- 様式6-2 アドレナリン自己注射薬に関わる情報提供内容の変更について（通知） P 29
- 様式6-3 アドレナリン自己注射薬に関わる情報提供の終了について（通知） P 30
- 様式6-4 アドレナリン自己注射薬に関わる救急隊への情報提供票 P 31～P 32
- 様式7 食物アレルギー対応（変更・中止）申請書 P 33
- 様式8 食物アレルギー事故報告書 P 34
- 様式9 学校給食のアレルギー対応について P 35

- 参考・引用文献 P 36

1. 基本方針

学校給食は、栄養を摂取する手段であるだけでなく、「食の大切さ・食事の楽しさ」を知る役割も担っています。近年、生活環境や食生活の変化に伴い、食物アレルギーをもつ児童生徒が増加する中で、すべての児童生徒に安全安心な学校給食を提供し、食物アレルギーをもつ児童生徒も他の児童生徒と同じように楽しい給食時間を過ごすことができるよう目指すことが大切です。しかしながら、食物アレルギーによる事故は、対象児童生徒の生命にかかわることから学校生活における対応での最優先は安全性の確保となります。市内の小学校・中学校と学校給食センターが連携し、対象児童生徒への食物アレルギーに関する全般的対応を実施し、実情に合わない無理な対応は避け、安全管理上のリスクを最小限に努めなければなりません。

ついては、保護者や医師等と連携しながら、対象児童生徒のアレルギー症状の発生原因となる食物や症状などの情報を収集・把握し、児童生徒の成長に合わせて適切に対応していくこと、また、すべての教職員および学校給食センター職員が理解を深め、子どもたちの安全確保に努め、医師の診断、指示に基づき、対応可能な範囲で、児童生徒の症状に応じたアレルギー対応を目指します。

2. 食物アレルギー対応の判断基準

- (1) 医師の診察・検査により食物アレルギーと診断され、特定の食物に対して対応の指示があること。
- (2) 「学校生活管理指導表」が提出されていること。
- (3) 家庭でも医師から指示された対応をおこなっていること。
- (4) 微量(製造過程において、製品に原材料として使用していないにもかかわらず、特定原材料等が意図せず混入してしまった場合等・・・コンタミネーション)で、アレルギー症状の発症の危険がないこと。
- (5) 「中央市対応品目表」(表1参照)の特定原材料をアレルゲンに持ち、調理の段階で予め特定の食品を除去しなければ、その料理を一切食べられないこと。(調理の段階で特定の食品を除去しなくても、出来上がった料理から自分で特定の食品を取り除けばその料理を食べられる場合は当てはまらない。)

表1 中央市対応品目表

特定原材料(表示義務のある食品のうち6品目)					
卵	乳	落花生 (ピーナッツ)	えび	かに	そば

※対応品目については、施設での調理状況、対象者人数等の変化によって見直しを行うことを前提とします。

3. 食物アレルギーの対応方法

学校給食の対応は以下の方法で実施します。

対 応	内 容
詳細な献立表対応	<p>給食の原材料を詳細に記した献立表を事前に配布し、それをもとに保護者の確認、指示又は児童生徒自身の判断で、給食から原因食品を除いて食べる対応。</p> <p>単品で提供されるもの(例：果物など)以外、調理されると除くことができないので適応できない。</p> <p>詳細な献立表の作成と配布は学校給食対応の基本であり、他の対応でもあわせて提供する。</p>
弁当対応	<p>給食を食べることができない「完全弁当対応」と、食べられない一部の献立の代わりに弁当をもってくる「一部弁当対応」がある。</p>
除去食の提供	<p>アレルギーの原因食品を除いた給食を提供する。調理過程でどうしても除去が困難な場合は、一部弁当持参となる。</p>

※いずれかの対応においても基本 12 か月ごとに医師が作成する学校生活管理指導表を提出することを必須条件とする。

- (1) 対応食は、すべて除去食(アレルギーの原因となる食品を除いて調理したもの)で提供します。

※原因食材を除き、それに代わる食材を入れる代替食は、別ラインを確保して個別対応する「別料理」になるため行わないものとします。

- (2) 除去食は「加熱可」「少量可」といった一部除去は行わず、原因食品の完全除去とします。

- (3) 除去食は個別の容器で学校給食センターから学校へ届けます。

- (4) 特定の食品を除くことで、料理として成立しない場合(例えば、卵除去のオムレツ、えび除去のエビフライ等)は、除去食の提供ができないため、家庭から代替りのものを持参してもらいます。

※一部弁当対応

- (5) 6 品目においても対応が困難なものにつきましては、家庭からお弁当を持参してもらいます。

- 例) ・極微量でも重篤なアレルギー症状を引き起こす可能性がある
 ・食器や調理器具、油の共有ができない
 ・多品目の食物除去が必要 など

※学校給食における食物アレルギー対応指針(平成 27 年 3 月文部科学省発行)より

- (6) 学校給食センターは、給食に含まれるアレルゲンに関する情報を学校及び保護者に伝えます。
- (7) 6品目以外の食品で食物アレルギーと診断され、「学校生活管理指導表」を学校に提出している児童生徒で、希望される方については、詳細な献立表を配布します。
- (8) アレルギーをもつ児童生徒に対して、学校及び学級で十分な教育上の配慮をします。
- (9) 除去食の場合でも給食費は全額徴収します。ただし、飲用牛乳除去(牛乳停止)の場合は、飲用牛乳代金のみ返金となります。※食物アレルギーとは異なるが、乳糖不耐症と医師から診断を受け、飲用牛乳の停止を希望する方は、学級担任に申し出てください。
- (10) 給食費は、次のとおり取扱う。

	除去食を提供又は自分で除去	献立によって一部弁当の持参	献立に関わらず完全弁当の持参	飲用牛乳の中止
給食費の徴収	徴収する	徴収する	徴収しない	牛乳代金について返金する



4. 食物アレルギー対応の体制

学校給食センター所長

- ① 給食センターの職員、調理員を監督し、統括します。
- ② 栄養教職員と連携し、必要に応じて保護者との個人面談にも立ち会います。

学校給食センター職員

- ① 給食センター所長と連携し、現場の監督をします。
- ② 個人面談に出席し、保護者に基本的な考え方を説明するとともに、アレルゲンや症状、家庭での対応状況を把握します。
- ③ 食物アレルギーを持つ児童生徒の学校給食における対応内容を把握します。

学校給食センター栄養士・栄養教職員

- ① 個人面談に出席し、アレルゲンや症状、家庭での対応状況を把握し、学級担任、給食主任、養護教諭と連携を図ります。
- ② 学校給食での対応範囲について保護者に説明をおこないます。
- ③ 学校給食でどのような対応ができるのかを判断し、対応決定後、確実に該当児童への除去食を提供します。
- ④ 給食時の指導について、学校に状況を伝えてアドバイスします。
- ⑤ 献立作成時に、代表的なアレルゲンができるだけ重複しないように配慮します。
- ⑥ 配食校との連絡を密に、児童生徒の実態が把握できるようにします。

調理員

- ① 食物アレルギーをもつ児童生徒の実態について理解し、アレルギー内容を確認します。
- ② 栄養教職員の指示をもとに除去食の調理について混入がないように作業工程表を確認し細心の注意をはらい調理作業にあたります。
- ③ アレルゲンの混入に十分注意し、対象児童生徒専用のトレーやラベル等の表示を確認して誤配を防ぎます。

校長・教頭

- ① 学校長は校内の食物アレルギー対応すべての最高責任者であり、教育委員会等の方針の趣旨を理解し、教職員に指導します。
- ② 教職員の共通理解を図るために、「中央市学校給食における食物アレルギー対応ガイドライン」「学校生活管理指導表」等に基づき適切な対応をするよう指導・監督します。
- ③ 保護者との連絡を密にし、児童生徒の実態を把握し、緊急対応できるようにします。
- ④ 校内食物アレルギー対応委員会を設置し、校内の児童生徒の食物アレルギーに関する情報を集約し様々な対応を協議、決定します。また校内危機管理体制を構築し組織的な対応をおこないます。委員会の構成員は校長の人選により決定します。(校長・教頭・給食主任・保健主事・養護教諭・栄養教職員・学年主任・学級担任等)

- ⑤ 養護教諭・栄養教職員等と連携し、必要に応じて保護者との個人面談に立ち会います。
- ⑥ 事故発症時には、速やかに市教育委員会、給食センターへ報告する。

教職員

- ① 学校ごとに、対象児童生徒の実態を把握し、共通理解しておきます。
- ② 学級担任が不在の場合、サポートに入る教員は、対象児童生徒の食物アレルギーの内容等を把握し、学級担任と同等の対応ができるようにします。

学級担任

- ① 保護者からの申出を関係教職員に伝え、共通理解を図るとともに緊急時の体制を周知します。
- ② 児童生徒の実態を把握し、養護教諭、給食主任、栄養教職員等との連携を図ります。
- ③ 個人面談に出席し、アレルゲンや症状、家庭での対応方法を把握します。
- ④ 食物アレルギーをもつ児童生徒が、安全で楽しい食事時間を送れるように配慮します。
- ⑤ 食物アレルギーに対しての正しい認識を持ち、他の児童生徒に対しても、食物アレルギーを正しく理解させます。
- ⑥ 対応食を確実に該当児童生徒へ配食し、対象児童生徒が誤食のないよう配慮します。

給食主任

- ① 個人面談に出席し、アレルゲンや症状、家庭での対応状況を把握し、職員の共通理解を図ります。
- ② 食物アレルギーをもつ児童生徒の学校全体での実態を把握し、学級担任、養護教諭、栄養教職員との連携を図ります。

保健主事・養護教諭

- ① 個人面談を実施し、アレルゲンや症状、家庭での対応状況を把握します。
- ② 対象児童生徒の実態を把握し、学級担任、給食主任、保健主事、栄養教職員等との連携を図ります。
- ③ 主治医や学校医、保護者との連携を図り、食物アレルギー症状が出た場合の応急処置の方法や連絡先を事前に確認します。
- ④ 「学校におけるアレルギー疾患対応マニュアル改訂版」（山梨県教育委員会）を基に「食物アレルギー緊急対応マニュアル」を作成し、緊急時の対応を全職員に周知徹底します。

市教育委員会

- ① 就学時健診等を通じ、食物アレルギー疾患をもつ就学児の把握と各校への連絡を行います。
- ② 食物アレルギー対応に関する統一基準や申し合わせ事項等の周知徹底及び必要に応

じた改善、改定(中央市学校給食における食物アレルギー対応ガイドラインの周知徹底と必要に応じた改定)に努めます。

- ③ 事故発生時の迅速な状況把握と県教育委員会への報告を行います。

学校医

- ① 学校と連携し、食物アレルギー対応に関する指導・助言を行います。

対象児童生徒の保護者

- ① 児童生徒に栄養の偏りや不足が生じないように家庭での対応を心がけます。
- ② 学校から配布された「学校生活管理指導表」(様式 2)、「食物アレルギー対応申請書」(様式 3-1)、「食物アレルギー個人調査票」(様式 3-2)を記入し、学校へ提出します。
- ③ 学校での対応について、学級担任、養護教諭、給食主任、保健主事、栄養教職員等と個人面談において確認します。
- ④ アレルゲン、症状、対応等に変更が生じたときは、速やかに学校に報告します。報告は、「食物アレルギー対応変更・中止申請書」(様式 6)及びそこに指定された添付書類を使用します。
- ⑤ 子どもに学校での対応を認識させます。

対象児童生徒

- ① 配食分が自分のものであることをしっかり確認します。
- ② 自分の食物アレルギーの状況を理解し、食べてはいけない食品は絶対に食べず、アレルギー症状が出現した場合には、速やかに申し出ます。



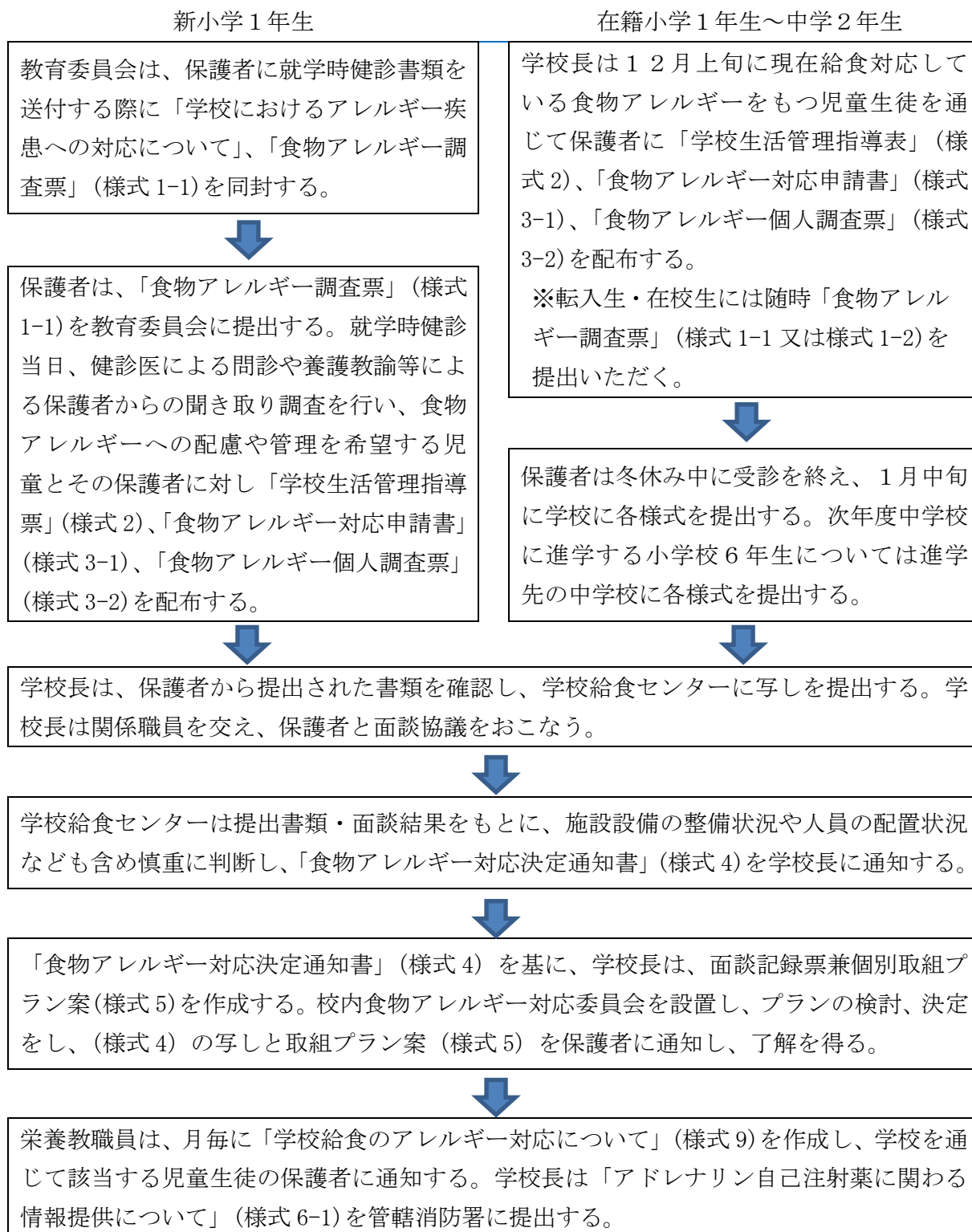
5. 食物アレルギーの把握から対応の決定

I. 様式の種類について

食物アレルギー調査票(新入生・転入生用)	様式 1-1
食物アレルギー調査票(在校生・在校生新規用)	様式 1-2
学校給食における食物アレルギー対応に関わる書類の提出について	様式 1-3
学校生活管理指導表	様式 2
食物アレルギー対応申請書	様式 3-1
食物アレルギー個人調査票	様式 3-2
食物アレルギー対応決定通知書	様式 4
面談記録票兼個別取組プラン(案・決定)	様式 5
アドレナリン自己注射薬に関わる情報提供について(通知)	様式 6-1
アドレナリン自己注射薬に関わる情報提供内容の変更について(通知)	様式 6-2
アドレナリン自己注射薬に関わる情報提供の終了について(通知)	様式 6-3
アドレナリン自己注射薬に関わる救急隊への情報提供票	様式 6-4
食物アレルギー対応変更・中止申請書	様式 7
食物アレルギー事故報告書	様式 8
学校給食のアレルギー対応について	様式 9

◆保護者へ配布し、学校で回収するもの（原本を学校で保管）	
食物アレルギー調査票(新入生・転入生用)	様式 1-1
食物アレルギー調査票(在校生・在校生新規用)	様式 1-2
学校生活管理指導表	様式 2
食物アレルギー対応申請書	様式 3-1
食物アレルギー個人調査票	様式 3-2
食物アレルギー対応変更・中止申請書	様式 7
◆保護者へ送付するもの	
学校給食における食物アレルギー対応に関わる書類の提出について	様式 1-3
食物アレルギー対応決定通知書(学校で原本保管、写しを送付)	様式 4
学校給食のアレルギー対応について	様式 9
◆各機関で記入し管理するもの（原本を学校で保管）	
食物アレルギー個人調査票 ※学校記入欄あり・面談時に記入	様式 3-2
アドレナリン自己注射薬に関わる情報提供について(通知)	様式 6-1
アドレナリン自己注射薬に関わる情報提供内容の変更について(通知)	様式 6-2
アドレナリン自己注射薬に関わる救急隊への情報提供票	様式 6-4
面談記録票兼個別取組プラン(案・決定)	様式 5
食物アレルギー事故報告書	様式 8

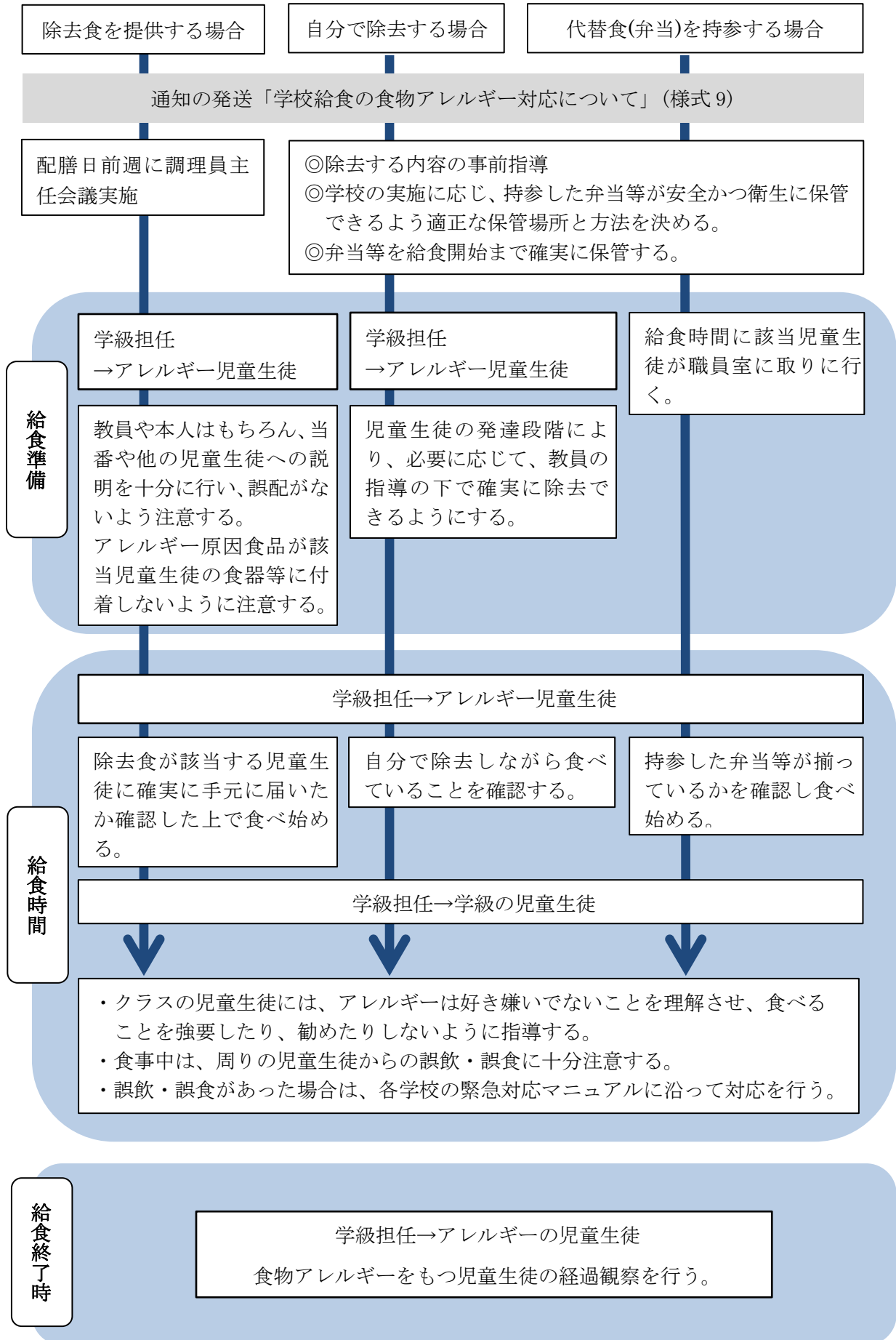
II. 基本的な流れ



【対応を中止する場合】

保護者は、食物アレルギーの症状が改善された、本人が自己管理できるようになった等の理由で食物アレルギー対応を変更、中止する場合は、「食物アレルギー対応変更・中止申請書」(様式7)に学校生活管理指導表(変更時に限る)を添付し、学校経由により学校給食センターに提出し、給食センターは、食物アレルギー対応決定通知書を学校に通知する。

6. 給食時の対応と指導の手引(例)

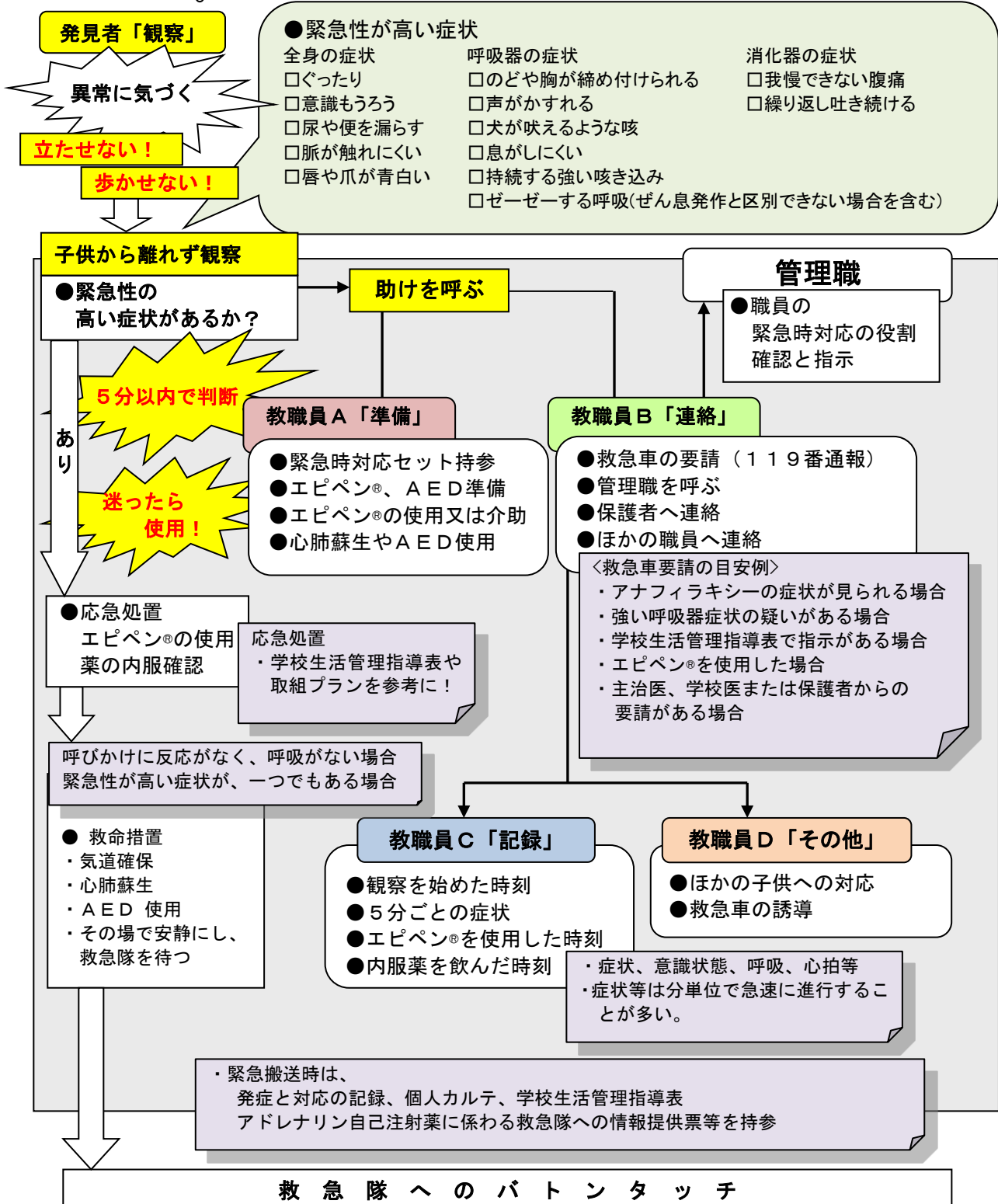


7. 緊急時対応について

食物アレルギー発生時は、「学校におけるアレルギー疾患対応マニュアル(改訂版)」(山梨県教育委員会作成)や各学校における「食物アレルギー緊急時対応マニュアル」に沿って対応します。学校給食が疑わしい食物アレルギーの緊急時の対応後は、原因究明や再発防止、食物アレルギー対応内容の再確認等のため、すみやかに学校給食センターに連絡します。

<参考1>

学校内での緊急時対応マニュアル(例)



症状チェックシート

◆ **症状は急激に変化することがあるため、5分ごとに、注意深く症状を観察する**

◆ の症状が1つでもあてはまる場合、エピペン®を使用する

(内服薬を飲んだ後にエピペン®を使用しても問題ない)

観察を開始した時刻(時 分)	内服した時刻(時 分)	エピペン®を使用した時刻(時 分)
-----------------	--------------	--------------------

全身の 症状	<input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 意識もうろう <input type="checkbox"/> 尿や便を漏らす <input type="checkbox"/> 脈が触れにくいまたは不規則 <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い		
呼吸器 の症状	<input type="checkbox"/> のどや胸が締め付けられる <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 犬が吠えるような咳 <input type="checkbox"/> 息がしにくい <input type="checkbox"/> 持続する強い咳き込み <input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸	<input type="checkbox"/> 数回の軽い咳	
消化器 の症状	<input type="checkbox"/> 持続する強い(がまんできない)お腹の痛み <input type="checkbox"/> 繰り返し吐き続ける	<input type="checkbox"/> 中等度のお腹の痛み 1～2回のおう吐 1～2回の下痢	<input type="checkbox"/> 軽いお腹の痛み(がまんできる) <input type="checkbox"/> 吐き気
目・口・ 鼻・顔面 の症状	上記の症状が 1つでもあてはまる場合	<input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ <input type="checkbox"/> まぶたの腫れ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ、充血 <input type="checkbox"/> 口の中の違和感、唇の腫れ <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、鼻づまり
皮膚 の症状		<input type="checkbox"/> 強いかゆみ <input type="checkbox"/> 全身に広がるじんま疹 <input type="checkbox"/> 全身が真っ赤	<input type="checkbox"/> 軽度のかゆみ <input type="checkbox"/> 数個のじんま疹 <input type="checkbox"/> 部分的な赤み
		1つでもあてはまる場合	1つでもあてはまる場合

① **ただちにエピペン®を使用する**
 ② **救急車を要請する(119番通報)**
 ③ その場で安静を保つ
 (立たせたり、歩かせたりしない)
 ④ その場で救急隊を待つ
 ⑤ 可能なら内服薬を飲ませる

**ただちに救急車で
医療機関へ搬送**

① 内服薬を飲ませ、
エピペン®を準備する
 ② 速やかに医療機関を受診する
 (救急車の要請も考慮)
 ③ 医療機関に到着するまで、
5分ごとに症状の変化を観察し、
 の症状が1つでも
あてはまる場合、エピペン®
を使用する

**速やかに
医療機関を受診**

① 内服薬を飲ませる
 ② 少なくとも1時間は5分ごとに
症状の変化を観察し、症状の改善
がみられない場合は医療機関
を受診する

**安静にし、
注意深く経過観察**

8. その他 学校給食以外での配慮

学校給食だけでなく、教材教具等アレルギーが含まれる場合や調理実習など食に関する学習活動、野外学習や修学旅行などでも食物アレルギーに配慮していく必要があります。その場合には、学級担任が保護者と連絡調整を十分に行い、児童生徒の安全を確保します。

(1) 教材教具等への配慮

教材や教具にアレルギーが含まれる場合には、対応方法や活動内容の見直しを行うことが必要です。

アレルギー	配慮すべき教材教具・学習活動例
小麦	小麦粘土、うどん・パン作り体験等
乳	牛乳パックリサイクル活動、アイスクリーム作り体験等
ピーナッツ	豆まき、落花生の栽培等
そば	そば打ち体験、そば殻枕等
大豆	みそ作り等
卵	卵の殻で工作、調理実習、クラブ活動等

(2) 食に関する活動での配慮

学校行事や学級活動、家庭科の調理実習、総合的な学習の時間、クラブ活動等で食に関する学習を行う場合には、学級担任が養護教諭等と共に食物アレルギーを有する児童生徒への影響について事前に検討を行います。影響があると考えられる場合は、学級担任が保護者に連絡し、対応を確認した上で学習活動を実施します。

(3) 遠足・校外学習での配慮

児童生徒同士での弁当や菓子類のやり取りや、体験教室等で「試食コーナー」がある場合は、注意が必要です。食物アレルギーを有する児童生徒には保護者から、また、周りの児童生徒には学級担任から、それぞれ注意をするよう事前の指導が必要です。

(4) 宿泊を伴う学習での配慮

宿泊を伴う活動で最も配慮が必要なのは食事です。事前に宿泊施設に対して食物アレルギーの状況を伝え、可能な限りの対応を申し出ます。また、本人と保護者には、事前準備の内容を十分に説明し、了承を得た上で宿泊学習等を実施します。

(事前準備)

- ① 事前打ち合わせの際に、参加する教職員全員で、どの児童生徒にどのような食物アレルギーがあるかを確認します。
- ② 宿泊施設の食事(食材)内容等、宿泊学習中の対応(※)について確認します。
- ③ 重篤な症状が出た場合を考えて、搬送する医療機関の確認をしておきます。
- ④ エピペン[®]や内服薬等持参薬の有無や管理方法を確認しておきます。特に、登山等で緊急時に医療機関へ搬送するまでに時間がかかる場合は、保護者から主治医に相談し、エピペン[®]を2本準備することも検討します。

(※) 宿泊学習中に想定される対応例

- ・可能な範囲での除去食、代替食の提供
- ・自宅からの食事の持参(レトルト食品等)
- ・おやつ、飲料の検討
- ・枕の種類を検討(そば殻等)
- ・移動時の昼食場所の検討
- ・現地の医療機関への協力要請
- ・旅行会社との連携



食物アレルギー調査票

(フリガナ)	
入学(転入) 児童生徒氏名及び性別	男・女
入学(転入)予定学校名	中央市立 学校
保護者氏名	
保護者連絡先 (昼間連絡できる場所)	(続柄:) (自宅・職場・携帯)

質問1 現在、食物アレルギーがありますか。 (ある ・ ない)

・「ある」と答えた方は、質問2、質問3に回答してください。

・「ない」と答えた方は、質問は以上です。

質問2 食物アレルギーの原因となる食品はなんですか。また、原因食品を摂取した時の症状をご記入ください。

食品名
症状

質問3 学校生活(※)においてその食物アレルギーへの配慮や管理を希望しますか。

(希望する ・ 希望しない)

(※) 学校生活とは、学校給食、栽培活動、調理実習、校外学習時のおやつ、宿泊を伴う課外活動時の食事・おやつ、その他学校におけるすべての食に係わる活動を指します。

また、食物アレルギーに対して、学校で配慮や管理を行う対象のお子さんとは、医師が学校での配慮・管理を必要と判断しているお子さんのことです。

「家庭で管理を行っていない場合」「保護者のみの判断」は対象外です。

年 月 日

保護者各位

中央市立 学校
校長

(公 印 省 略)

食物アレルギー調査票について(依頼)

児童生徒が安心して学校生活を送ることができるよう次の調査を行いますので回答願います。なお、本調査票については、 月 日()までに当校に提出してください。

食物アレルギー調査票		
児童生徒氏名及び性別		男・女
在籍学年・組・番号	年 組 番	
保護者氏名		
<p>質問 1 現在、食物アレルギーがありますか。 (ある ・ ない)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「ある」と答えた方は、質問 2、質問 3 に回答してください。 ・「ない」と答えた方は、質問は以上です。 		
<p>質問 2 食物アレルギーの原因となる食品はなんですか。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 40px;"> <p>食品名</p> </div>		
<p>質問 3 学校生活(※)においてその食物アレルギーへの配慮や管理を希望しますか。</p> <p style="text-align: center;">(希望する ・ 希望しない)</p>		
<p>(※)学校生活とは、学校給食、栽培活動、調理実習、校外学習時のおやつ、宿泊を伴う課外活動時の食事・おやつ、その他学校におけるすべての食に係わる活動を指します。</p>		

年 月 日

保護者各位

中央市立 学校
校長
(公 印 省 略)

学校給食における食物アレルギー対応に関わる書類の提出について

保護者の皆様におかれましては、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

学校給食における食物アレルギー対応を希望する場合は、下記の書類が必要となりますので、期限までにご提出ください。個人面談も実施いたします。詳細は後日お知らせいたしますので、ご理解とご協力のほどよろしくお願いいたします。

記

【提出書類】

- | | |
|---------------------------|-------|
| 1. 学校生活管理指導表(医師診断の上、医師記入) | 様式2 |
| 2. 食物アレルギー対応申請書(保護者記入) | 様式3-1 |
| 3. 食物アレルギー個人調査票(保護者記入) | 様式3-2 |

※医師の学校生活管理指導表の記載に、文書料が必要となる場合があります。保護者負担となりますがご承知おきください。

【提出期限等】

提出日 令和 年 月 日(曜日)まで
提出先 中央市立 学校

<面談実施について>

1. 日 程 令和 年1月～2月(後日日程調整)
2. 場 所 在籍小中学校(新中1については進学先の中学校)
3. 面談する者 学校教職員、給食センター職員(栄養士等)
4. 面談内容 提出書類の確認・情報共有、来年度の給食および学校生活上の対応決定
5. 対象者 症状や医師からの指示に変更がある方、給食センター職員との面談実施を希望する方
※¹変更が全くなく面談を希望しない方については、現年度と同じ対応とさせていただきます。
在籍校教職員より面談実施の希望確認を別途させていただきます。

様式2 ※医師記入

様式2 ※医師記入

表 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

名前 _____ (男・女) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 年 _____ 組 提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※この生活管理指導表は、学校の生活において特別な配慮や管理が必要となった場合に医師が作成するものです。

アレルギー疾患	病型・治療	学校生活上の留意点	保護者 連絡: 大連絡 医師機関 医療機関名: 電話: 記載日 年 月 日 医師名 医療機関名
	病型・治療	学校生活上の留意点	
アナフィラキシー 食物アレルギー	Ⅰ 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） 1. 即時型 2. 口腔アレルギー症候群 3. 食物依存性即時型アレルギーアナフィラキシー Ⅱ アナフィラキシー病型（アナフィラキシーの症状ありの場合のみ記載） 1. 食物（原因） 2. 食物依存性即時型アレルギーアナフィラキシー 3. 遅延型アレルギーアナフィラキシー 4. 昆虫 5. 医薬品 6. その他（ ） Ⅲ 原因食物・除去経路 該当する食品の番号に○をし、かつ（ ）内に除去経路を記載 1. 食品（ ） 2. 牛乳・乳製品（ ） 3. 小麦（ ） 4. ソバ（ ） 5. ビーナッツ（ ） 6. 甲殻類（ ） 7. 木の实類（ ） 8. 果物類（ ） 9. 魚類（ ） 10. 肉類（ ） 11. その他1（ ） 12. その他2（ ） ① 卵からの産物の産性 ② 食物群口奥部粘膜刺激性 ③ 卵白/卵黄/胚黄/胚白 ④ 未消化 （ ）に具体的な食品名を記載 （すべて・クルミ・カシュー・アーモンド） Ⅳ 緊急時に備えた処方薬 1. 内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬） 2. アドレナリン自己注射薬（「エピペン®」） 3. その他（ ）	Ⅰ 前後 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅱ 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅲ 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅳ 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅴ 原因食物を除去する場合により厳しい除去が必要なもの ※本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した料理については、除去対応が必要となる場合があります。 鶏卵：卵黄/卵白/シワム 牛乳：乳糖・乳糖加水力/シワム 小麦：醤油・粉・味噌 大豆：大豆油・醤油・味噌 ココア：ココア油 魚類：かつおだし・いりこだし・魚醤 肉類：エキス Ⅵ その他の配慮・管理事項（自由記載）	記載日 年 月 日 医師名 医療機関名
	Ⅰ 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良 Ⅱ-1 長期経路薬（吸入） 1. ステロイド吸入薬 () () 2. ステロイド吸入薬/長時間作用性吸入ベータ刺激薬配合剤 () () 3. その他 () () Ⅱ-2 長期経路薬（内服） 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 () () 2. その他 () () Ⅱ-3 長期経路薬（注射） 1. 生物学的製剤 () () Ⅲ 発作時の対応 1. ベータ刺激薬吸入 () () 2. ベータ刺激薬内服 () ()	Ⅰ 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅱ 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅲ 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅳ その他の配慮・管理事項（自由記載）	記載日 年 月 日 医師名 医療機関名

様式2 ※医師記入

表 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

名前 _____ (男・女) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 年 _____ 組 提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

アレルギー疾患	病型・治療	学校生活上の留意点	保護者 連絡: 大連絡 医師機関 医療機関名: 電話: 記載日 年 月 日 医師名 医療機関名
	病型・治療	学校生活上の留意点	
アトピー性皮膚炎	Ⅰ 重症度のゆやず（厚生労働科学研究班） 1. 軽症：面積に問わず、軽度の症状のみ見られる。 2. 中等症：強い炎症を伴う皮膚が体表面積の10%未満に見られる。 3. 重症：強い炎症を伴う皮膚が体表面積の10%以上、30%未満に見られる。 4. 最重症：強い炎症を伴う皮膚が体表面積の30%以上に見られる。 ※軽症の皮膚：軽度の紅腫、乾燥、掻痒、基底生じた赤疹 ※強い炎症を伴う皮膚：紅腫、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変 Ⅱ-1 常用する外用薬 1. ステロイド軟膏 2. タクロリムス軟膏（「プロトピック®」） 3. 保湿剤 4. その他（ ） Ⅱ-2 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他（ ） Ⅱ-3 常用する注射薬 1. 生物学的製剤	Ⅰ プール指導及び長時間の校外部での活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅱ 動物との接触 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅲ 宿泊先 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅳ その他の配慮・管理事項（自由記載）	記載日 年 月 日 医師名 医療機関名
アレルギー性結膜炎	Ⅰ 病型 1. 過半数アレルギー性結膜炎 2. 季節性アレルギー性結膜炎（花粉症） 3. 春季カタル 4. アトピー性角結膜炎 5. その他（ ） Ⅱ 治療 1. 抗アレルギー点眼薬 2. ステロイド点眼薬 3. 免疫抑制点眼薬 4. その他（ ）	Ⅰ プール指導 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅱ 校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅲ その他の配慮・管理事項（自由記載）	記載日 年 月 日 医師名 医療機関名
アレルギー性鼻炎	Ⅰ 病型 1. 過半数アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎（花粉症） 主な症状の時期： 春、夏、秋、冬 Ⅱ 治療 1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬（内服） 2. 鼻粘膜用ステロイド薬 3. 舌下免疫療法（ダニ・スギ） 4. その他（ ）	Ⅰ 校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅱ その他の配慮・管理事項（自由記載）	記載日 年 月 日 医師名 医療機関名

学校における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、本票に記載された内容を学校の全教職員及び関係機関等に共有することに同意します。
保護者氏名 _____

年 月 日

中央市立 学校長 様
中央市学校給食センター所長 様

保護者氏名 ㊟

食物アレルギー対応申請書

学校給食における食物アレルギー対応について、特記事項(裏面)に承諾のうえ、学校生活管理指導表を添えて申請します。

(児童生徒の情報記入欄)

(ふりがな) 児童生徒氏名	男・女	学年・組	年 組
生 年 月 日	年 月 日生	年 齢	
住 所	中央市		
緊急連絡先①	保護者氏名	続柄	
	連絡先	自宅・携帯・勤務先 ※いずれかに○	
	連絡先が勤務先の場合は会社名:		
緊急連絡先②	保護者氏名	続柄	
	連絡先	自宅・携帯・勤務先 ※いずれかに○	
	連絡先が勤務先の場合は会社名		
かかりつけの 病院・主治医	病院名	電話番号	
	主治医氏名		
希望する対応内容(該当項目に○をしてください。)			
学 校 給 食 に お け る 対 応	<input type="checkbox"/>	学校給食に関する詳細な献立表・成分表の提供	
	<input type="checkbox"/>	献立表の内容を確認し児童生徒が自分で除去	
	<input type="checkbox"/>	一部食べられない献立がある場合、家から代替食を持参	
	<input type="checkbox"/>	毎日給食を食べずに家から弁当を持参 牛乳は、(飲む ・ 飲まない)	
	<input type="checkbox"/>	除去食の提供 (卵、落花生(ピーナッツ)、乳、えび、かに、そばの6品目に限る。)	
<input type="checkbox"/>	牛乳の停止		

※裏面の特記事項承諾書をご確認ください。

特記事項承諾書

- 1 アレルギー対応食の提供にあたり、コンタミネーション(※)の可能性があること。
(※)原材料として使用していないにもかかわらずアレルギー物質が微量混入してしまう場合をいいます。
- 2 提出された申請書類等に記載された内容について、関係者が情報共有すること。

年 月 日

中央市立 学校長 様
中央市学校給食センター所長 様

私(児童生徒保護者)は、上記特記事項について承諾します。

保護者自署

㊞

食物アレルギー個人調査票

中央市立 学校 _____ 年 _____ 組 _____ 番 児童生徒氏名 _____

1 食物アレルギーを起こす原因食品を記入し、程度・症状等について、該当するものにレ点をお願いします。

食品・ 食材名	アレルギーを 起こす量	加熱の有無	症 状	家庭での対応	診断の根拠 ※学校記入
	<input type="checkbox"/> 調味料等微量 でも不可 <input type="checkbox"/> 少量でも不可 <input type="checkbox"/> 少量なら可	<input type="checkbox"/> 加熱後も不可 <input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど <input type="checkbox"/> 口腔内、喉、口の周り のかゆみ、違和感など <input type="checkbox"/> 咳、ぜん息など <input type="checkbox"/> 腹痛・嘔吐など <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 本人除去 <input type="checkbox"/> 特に配慮なし <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 明らかな症状の 既往 <input type="checkbox"/> 食物負荷試験 <input type="checkbox"/> IgE抗体等検査 (血液検査等) <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施
	<input type="checkbox"/> 調味料等微量 でも不可 <input type="checkbox"/> 少量でも不可 <input type="checkbox"/> 少量なら可	<input type="checkbox"/> 加熱後も不可 <input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど <input type="checkbox"/> 口腔内、喉、口の周り のかゆみ、違和感など <input type="checkbox"/> 咳、ぜん息など <input type="checkbox"/> 腹痛・嘔吐など <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 本人除去 <input type="checkbox"/> 特に配慮なし <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 明らかな症状の 既往 <input type="checkbox"/> 食物負荷試験 <input type="checkbox"/> IgE抗体等検査 (血液検査等) <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施
	<input type="checkbox"/> 調味料等微量 でも不可 <input type="checkbox"/> 少量でも不可 <input type="checkbox"/> 少量なら可	<input type="checkbox"/> 加熱後も不可 <input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど <input type="checkbox"/> 口腔内、喉、口の周り のかゆみ、違和感など <input type="checkbox"/> 咳、ぜん息など <input type="checkbox"/> 腹痛・嘔吐など <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 本人除去 <input type="checkbox"/> 特に配慮なし <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 明らかな症状の 既往 <input type="checkbox"/> 食物負荷試験 <input type="checkbox"/> IgE抗体等検査 (血液検査等) <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施
	<input type="checkbox"/> 調味料等微量 でも不可 <input type="checkbox"/> 少量でも不可 <input type="checkbox"/> 少量なら可	<input type="checkbox"/> 加熱後も不可 <input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど <input type="checkbox"/> 口腔内、喉、口の周り のかゆみ、違和感など <input type="checkbox"/> 咳、ぜん息など <input type="checkbox"/> 腹痛・嘔吐など <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 本人除去 <input type="checkbox"/> 特に配慮なし <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 明らかな症状の 既往 <input type="checkbox"/> 食物負荷試験 <input type="checkbox"/> IgE抗体等検査 (血液検査等) <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施

2 運動でアレルギー症状を発症したことはありますか。

ない

ある (食事との関連あり 食事との関連なし)

3 アナフィラキシーショックの経験はありますか。

ない

ある 回数：_____ 最後の発症年月：_____年 _____月

原因：_____

状況：_____

4 現在、緊急時のために処方されている薬はありますか。

ない

ある 内服薬(_____) 吸入薬(_____)

外用薬(_____) 注射薬(_____)

その他(_____)

5 給食以外に学校における配慮が必要なものがありますか。

給食当番 調理実習 掃除当番・飼育当番 校外学習

体育・運動会の参加 宿泊活動 その他(_____)

6 その他

--

第 号
年 月 日

中央市立 学校長 様
(保護者氏名) 様

中央市学校給食センター
所長



食物アレルギー対応決定通知書

年 月 日付で申請のありました児童生徒の学校給食における食物アレルギー対応について、協議の結果、次のとおり対応することに決定したので通知します。

学 校 名	中央市立 学校	学 年 ・ 組	年 組
児 童 生 徒 氏 名		性 別	
学校給食に おける対応	<input type="checkbox"/>	学校給食に関する詳細な献立表・成分表の提供	
	<input type="checkbox"/>	献立表の内容を確認し児童生徒が自分で除去	
	<input type="checkbox"/>	一部食べられない献立がある場合、家から代替食を持参	
	<input type="checkbox"/>	毎日給食を食べずに家から弁当を持参 牛乳は、 <input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> 飲まない	
	<input type="checkbox"/>	除去食の提供 (卵、落花生(ピーナッツ)、乳、えび、かに、そばの6品目に限る。)	
	<input type="checkbox"/>	牛乳の停止	
	<input type="checkbox"/>	食物アレルギー対応中止(年 月 日より)	
	<input type="checkbox"/>	学校給食における対応なし (理由:)	

※決定事項に○を付ける。

本決定通知について疑義等がありましたら、中央市学校給食センター
(TEL 055-287-6600)までお問合せください。

面談記録票兼個別取組プラン(案 ・ 決定)

学 校 名	中央市立 学校	学年・組	年 組
(ふりがな) 児童生徒氏名		性 別	
住 所	中央市		
緊急連絡先①	保護者氏名	続柄	
	連絡先	自宅・携帯・勤務先 ※いずれかに○	
	連絡先が勤務先の場合は会社名:		
緊急連絡先②	保護者氏名	続柄	
	連絡先	自宅・携帯・勤務先 ※いずれかに○	
	連絡先が勤務先の場合は会社名		
面談立会者			
面談実施日	年 月 日	プラン決定日	年 月 日

(1) 通院している医療機関	<input type="text"/>	→	緊急連絡先 <input type="text"/>
(2) 緊急搬送先	<input type="text" value="119"/>	→	指定病院名 <input type="text"/>

1 食物アレルギー原因食品及び学校給食での対応方法

原因食品名								
食物アレルギー病型	即時型							
	口腔アレルギー症候群							
	食物依存性運動誘発アナフィラキシー							
アナフィラキシー病型	食物によるアナフィラキシー							
	食物依存性運動誘発アナフィラキシー							
学校給食での対応方法								
コンタミネーションの可否								

※ 原因食品を記入し、食物アレルギー病型・アナフィラキシー病型に○を記入する。

※ 学校給食での対応方法種別 対応1：詳細な献立表による情報提供
 対応2：主食やおかず(主菜・副菜)の一部を含む弁当対応
 対応3：アレルギーの原因食品を除いて作る除去食対応

2 学校生活での対応

	チェック項目	具体的な配慮と対応
給食時間	給食当番ができるか	できる できない (待機場所)
	配膳時の服装	
	原因食品を配膳する場合	
	その他()	
食物・食材を扱う授業や活動	微量の摂取、接触、吸引による発症の有無	
	その他()	
運動 (体育・部活動)	食物依存性運動誘発アナフィラキシー有無	
	その他()	
宿泊を伴う活動	医師による事前指導の有無	
	宿泊先での食事の確認	
	持参薬について	
	緊急時の連絡方法と連絡先	
	その他()	
緊急時に備えての持参薬やエピペンについて	保管場所	
	保管方法	
	服薬やエピペン®の使用方法の確認	抗ヒスタミン薬… エピペン®…
	その他()	

*情報の共有について

- (1) 学校生活管理指導表の記載内容について、学校から主治医に直接確認することがあります。
- (2) 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、面接時の内容を全教職員で共有し、教育委員会に報告します。
- (3) 他の児童生徒の理解と協力を得るため、学校生活管理指導表の内容を学級で説明します。

学校長	Ⓜ	養護教諭	Ⓜ
学級担任	Ⓜ	給食主任	Ⓜ
アレルギー担当 栄養教諭 栄養職員	Ⓜ	担当 栄養教諭 栄養職員	Ⓜ

記載内容について相違ないことを確認し、情報の共有について同意します。

年 月 日

保護者氏名

Ⓜ

第 年 月 日 号

甲府地区広域行政事務組合消防本部消防長 様

中央市立 学校
校長 印

アドレナリン自己注射薬に関わる情報提供について(通知)

次の生徒について、緊急時の対応にご配慮いただきますようお願いいたします。

(ふりがな)		性 別	生年月日
児童生徒氏名			年 月 日生
住 所		保護者氏名	
緊急連絡先①		氏名(ふりがな)	続柄：
緊急連絡先②		氏名(ふりがな)	続柄：
<p>児童生徒の状況</p> <p>① 診断名：</p> <p>② 原因食材等：</p> <p>③ 処方を受けた医療機関</p> <p style="margin-left: 40px;">医療機関名： 医 師 名：</p> <p style="margin-left: 40px;">住 所： 電 話 番 号：</p> <p>④ 処方されているアドレナリン自己注射薬</p> <p style="margin-left: 40px;">(エピペン®注射薬 0.15mg ・ エピペン®注射薬 0.3mg)※どちらかに○</p> <p>⑤ 処方されているアドレナリン自己注射薬の校内での保管場所</p> <p style="margin-left: 40px;">()</p>			
<p>上記の情報を提供することについて承諾します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 保護者自署 印</p>			

※医療機関、処方されているアドレナリン自己注射薬が変更になった場合は、再度通知する。

※該当児童生徒の処方がなくなった場合、卒業・転校した場合は、その旨を通知する。

第 号
年 月 日

甲府地区広域行政事務組合消防本部消防長 様

中央市立 学校
校長 印

アドレナリン自己注射薬に関わる情報提供内容の変更について(通知)

このことについて、 年 月 日付 第 号により緊急時の対応における児童生徒の情報提供をしたところですが、次のとおり変更となりましたので通知いたします。

(ふりがな)		性 別	生年月日
児童生徒氏名			年 月 日生
住 所		保護者氏名	
緊急連絡先①		氏名(ふりがな)	続柄 :
緊急連絡先②		氏名(ふりがな)	続柄 :
児童生徒の状況			
① 診断名 :			
② 原因食材等 :			
③ 処方を受けた医療機関			
医療機関名 :		医 師 名 :	
住 所 :		電 話 番 号 :	
④ 処方されているアドレナリン自己注射薬 (エピペン®注射薬 0.15mg ・ エピペン®注射薬 0.3mg)※どちらかに○			
⑤ 処方されているアドレナリン自己注射薬の校内での保管場所 ()			
上記の情報を提供することについて承諾します。			
年 月 日		保護者自署 印	

第 号
年 月 日

甲府地区広域行政事務組合消防本部消防長 様

中央市立 学校
校長



アドレナリン自己注射薬に関わる情報提供の終了について(通知)

このことについて、 年 月 日付 第 号により緊急時の対応における児童生徒の情報提供をしたところですが、次の事由により終了となりましたので通知いたします。

(ふりがな)		性 別	生年月日
児童生徒氏名			年 月 日生
住 所		保護者氏名	
事 由			
<p>(記載例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 年 月 日に本校を卒業(または、転校)いたしました。 ・ 年 月 日アドレナリン自己注射薬の処方なくなりました。 			

記録教師名	
-------	--

アドレナリン自己注射薬に関わる救急隊への情報提供票

下記の児童生徒について救急要請をいたしました。状況にあつては以下のとおりです。

●発見時（ 時 分）の児童生徒の症状（該当に○をつける）

- | | | | |
|--------------|-------|------|-------------|
| 皮膚・粘膜症状 | じんましん | かゆみ | 眼の充血 |
| 呼吸症状 | 咳 | ゼーゼー | ヒューヒュー 呼吸困難 |
| 消化器症状 | 吐気 | 嘔吐 | 腹痛 |
| アナフィラキシーショック | 血圧低下 | 頻脈 | 意識低下・消失 |



●意識低下又は消失したためエピペン®の注射 実施（ 時 分） 未実施
（自己注射ができない）・・・気道確保 実施（ 時 分） 未実施



●継続的な状態の把握

- | | | | |
|--------------------|-------|------|-------------|
| 皮膚・粘膜症状（ 時 分） | じんましん | かゆみ | 眼の充血 |
| 呼吸症状（ 時 分） | 咳 | ゼーゼー | ヒューヒュー 呼吸困難 |
| 消化器症状（ 時 分） | 吐気 | 嘔吐 | 腹痛 |
| アナフィラキシーショック（ 時 分） | 血圧低下 | 頻脈 | 意識低下・消失 |



●呼吸停止 心肺蘇生の実施 実施（ 時 分） 未実施
A E Dの装着 実施（ 時 分） 未実施

●A E D使用の場合 ショックの実施 実施（ 時 分） 未実施

その他(症状回復等があれば詳しく)

1 児童生徒名 _____

性別 _____ (_____ 年 _____ 月 _____ 日生) _____ 年 _____ 組

2 保護者名 _____

3 住 所 _____

4 緊急連絡先① 名前 _____ (続柄) _____ 電話番号 _____

② 名前 _____ (続柄) _____ 電話番号 _____

5 児童生徒の状況について

① 診断名 _____

② アレルギー原因物質 _____

③ 処方を受けた医療機関

医療機関名 _____ (_____ 科)

医 師 名 _____

住 所 _____

電 話 番 号 _____

④ 処方されているアドレナリン自己注射薬 (該当に○をつける)

エピペン®注射液0.15mg または、 エピペン®注射液0.3mg

⑤ 処方されているアドレナリン自己注射薬の保管場所 _____

年 月 日

中央市立 学校長 様

中央市学校給食センター所長 様

保護者氏名 ㊟

食物アレルギー対応(変更 ・ 中止)申請書

学校給食における食物アレルギー対応について、次の事項により申請します。

(ふりがな) 児童生徒氏名	男・女	学年・組	年 組
------------------	-----	------	-----

1. 変更する。(申請時に学校生活管理指導表を添付してください。)

変更する理由	
変更後に希望する対応内容(該当項目に○をしてください。)	
学校給食における対応	<input type="checkbox"/> 学校給食に関する詳細な献立表・成分表の提供
	<input type="checkbox"/> 献立表の内容を確認し児童生徒が自分で除去
	<input type="checkbox"/> 一部食べられない献立がある場合、家から代替食を持参
	<input type="checkbox"/> 毎日給食を食べずに家から弁当を持参 牛乳は、(飲む ・ 飲まない)
	<input type="checkbox"/> 除去食の提供 (卵、落花生(ピーナッツ)、乳、えび、かに、そばの6品目に限る。)
<input type="checkbox"/> 牛乳の停止	

2. 中止する。

中止する理由

年 月 日

中央市教育委員会教育長 様

中央市学校給食センター所長 様

中央市立 学校
校長



食物アレルギー事故報告書

児童生徒氏名		学年・組	年 組
事故日時	年 月 日 ()	時	分
献 立			
摂取状況	食べた物： 食べた量：		
事故の概要	(どのような経緯で症状が出て、誰が、どのように気付き、その場でどのような措置をとったか、病院搬送の有無など)		
児童生徒の症状 及び その後の経過	(発見時の症状→現時点で把握できている状態)		
事故の分析			
再発防止策			

様式 9

事 務 連 絡
年 月 日

保護者各位

中央市立 学校
校長

(公 印 省 略)

学校給食の食物アレルギー対応について

月の学校給食の食物アレルギー対応については、別紙のとおりです。

主要参考文献・引用文献

- ・ 学校給食における食物アレルギー対応指針
文部科学省(平成27年3月)

- ・ 食物アレルギー緊急時対応マニュアル
東京都(平成29年3月版)

- ・ 学校におけるアレルギー疾患対応マニュアル
山梨県教育委員会(令和5年7月改訂)

- ・ 富士河口湖町・鳴沢村アレルギー対応マニュアル
富士河口湖町学校保健研究会・給食研究会(平成25年)

- ・ 学校におけるアレルギー対応マニュアル
南アルプス市教育委員会(平成27年4月)

- ・ 都留市学校給食アレルギー対応ガイドライン
都留市教育委員会(平成29年1月)