

様式等

- ・ 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）
- ・ 様式1 就学時保健調査票
- ・ 様式2 児童の「食物アレルギーに関する調査」について（お願い）
- ・ 様式3 児童生徒保健調査票
- ・ 様式4 献立材料一覧表
- ・ 様式5 面談記録票（個人調査票）
- ・ 様式6-1 食物アレルギー対応申請書（新規・継続）
- ・ 様式6-2 食物アレルギー対応申請書（変更・中止）
- ・ 様式7 アドレナリン自己注射薬（エピペン®）に関する依頼書
- ・ 様式8 食物アレルギー個別の取組プラン
- ・ 様式9 緊急時個別対応マニュアル
- ・ 様式10 学校給食食物アレルギー対応確認表
- ・ 様式11 学校における食物アレルギーへの対応について（お願い）
- ・ 様式12 食物アレルギー対応におけるヒヤリハット報告書
- ・ 様式13 食物アレルギー負荷試験に伴う学校給食用物資使用の依頼について

○愛知県への各種報告書

- ・ 様式1（1） 学校給食の事故報告書（速報）
- ・ 様式1（2） 学校給食の事故報告書（終えん）
- ・ 様式8 児童・生徒の事故発生速報
- ・ 様式10 児童生徒の事故発生状況報告書

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。

病型・治療		学校生活上の留意点		【緊急時連絡先】	★保護者	
アナフィラキシー （あり・なし） —— 食物アレルギー （あり・なし）	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. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	Ⅰ 給食 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			電話： ★連絡医療機関 医療機関名： 電話：	
	Ⅱ 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） 1. 食物（原因 _____） 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3. 運動誘発アナフィラキシー 4. 昆虫（ _____） 5. 医薬品（ _____） 6. その他（ _____）	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				
	Ⅲ 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ〈 〉内に除去根拠を記載 1. 鶏卵 〈 〉 2. 牛乳・乳製品 〈 〉 3. 小麦 〈 〉 4. ソバ 〈 〉 5. ピーナッツ 〈 〉 6. 甲殻類 〈 〉（すべて・エビ・カニ _____） 7. 木の実類 〈 〉（すべて・クルミ・カシュー・アーモンド _____） 8. 果物類 〈 〉 9. 魚類 〈 〉 10. 肉類 〈 〉 11. その他1 〈 〉 12. その他2 〈 〉	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、給食対応が困難となる場合があります。 鶏卵：卵殻カルシウム 牛乳：乳糖・乳清焼成カルシウム 小麦：醤油・酢・味噌 大豆：大豆油・醤油・味噌 コマ：ゴマ油 魚類：かつおだし・いりこだし・魚醤 肉類：エキス				
	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（「エビペン®」） 3. その他（ _____）	Ⅵ その他の配慮・管理事項(自由記述)				記載日 _____年 _____月 _____日
	【除去根拠】 該当するものを〈 〉内に記載 ① 明らか症状の既往 ② 食物経口負荷試験陽性 ③ IgE抗体等検査結果陽性 ④ 未摂取 〈 〉に具体的な食品名を記載		医師名 _____			
	Ⅴ 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良		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(自由記述)			電話： ★連絡医療機関 医療機関名： 電話：
気管支ぜん息 （あり・なし）	Ⅱ-1 長期管理薬（吸入） 1. ステロイド吸入薬 () () 薬剤名 投与量/日 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 () ()	記載日 _____年 _____月 _____日				
	Ⅱ-2 長期管理薬（内服） 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 () 薬剤名 2. その他 ()	医師名 _____				
	Ⅱ-3 長期管理薬（注射） 1. 生物学的製剤 () 薬剤名	医療機関名 _____				
	Ⅲ 発作時の対応 1. ベータ刺激薬吸入 () () 薬剤名 投与量/日 2. ベータ刺激薬内服 () ()	電話： ★連絡医療機関 医療機関名： 電話：				
	記載日 _____年 _____月 _____日		医師名 _____			
	医療機関名 _____		電話： ★連絡医療機関 医療機関名： 電話：			

裏 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

アトピー性皮膚炎 (あり・なし)	病型・治療	学校生活上の留意点	記載日 _____ 年 ____ 月 ____ 日	
	<p>Ⅰ 重症度のめやす（厚生労働科学研究班）</p> <ol style="list-style-type: none"> 軽症：面積に関わらず、軽度の皮疹のみ見られる。 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。 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。 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>*軽度の皮疹：軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変 *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>Ⅱ プール指導及び長時間の紫外線下での活動</p> <ol style="list-style-type: none"> 管理不要 管理必要 	医師名 _____	<input type="checkbox"/>
<p>Ⅲ 動物との接触</p> <ol style="list-style-type: none"> 管理不要 管理必要 	<p>Ⅳ 発汗後</p> <ol style="list-style-type: none"> 管理不要 管理必要 	医療機関名 _____		
<p>Ⅴ その他の配慮・管理事項(自由記述)</p>	<p>Ⅵ-1 常用する外用薬</p> <ol style="list-style-type: none"> ステロイド軟膏 タクロリムス軟膏（「プロトピック®」） 保湿剤 その他（ _____ ） 	<p>Ⅵ-2 常用する内服薬</p> <ol style="list-style-type: none"> 抗ヒスタミン薬 その他 	<p>Ⅵ-3 常用する注射薬</p> <ol style="list-style-type: none"> 生物学的製剤 	<p>記載日 _____ 年 ____ 月 ____ 日</p>
アレルギー性結膜炎 (あり・なし)	病型・治療	学校生活上の留意点	記載日 _____ 年 ____ 月 ____ 日	
	<p>Ⅰ 病型</p> <ol style="list-style-type: none"> 通年性アレルギー性結膜炎 季節性アレルギー性結膜炎（花粉症） 春季カタル アトピー性角結膜炎 その他（ _____ ） 	<p>Ⅱ プール指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 管理不要 管理必要 	医師名 _____	<input type="checkbox"/>
<p>Ⅲ 治療</p> <ol style="list-style-type: none"> 抗アレルギー点眼薬 ステロイド点眼薬 免疫抑制点眼薬 その他（ _____ ） 	<p>Ⅳ 屋外活動</p> <ol style="list-style-type: none"> 管理不要 管理必要 	医療機関名 _____		
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)	病型・治療	学校生活上の留意点	記載日 _____ 年 ____ 月 ____ 日	
	<p>Ⅰ 病型</p> <ol style="list-style-type: none"> 通年性アレルギー性鼻炎 季節性アレルギー性鼻炎（花粉症） <p>主な症状の時期： 春、夏、秋、冬</p>	<p>Ⅱ 屋外活動</p> <ol style="list-style-type: none"> 管理不要 管理必要 	医師名 _____	<input type="checkbox"/>
<p>Ⅲ 治療</p> <ol style="list-style-type: none"> 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬（内服） 鼻噴霧用ステロイド薬 舌下免疫療法（ダニ・スギ） その他（ _____ ） 	<p>Ⅳ その他の配慮・管理事項（自由記載）</p>	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で共有することに同意します。

保護者氏名 _____

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

記入例

提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病型・治療		学校生活上の留意点		★保護者 電話:									
アナフィラキシー (あり・なし)	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) ① 即時型 ② 口腔アレルギー症候群 3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	除去食、無配膳対応が 必要ない 場合は 管理不要 に○をつけてください	A. 給食 1. 管理不要 2. 管理必要 B. 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要 C. 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要 D. 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 E. 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、給食対応が困難となる場合があります。	【緊急時連絡先】 ★連絡医療機関 医療機関名: △△△病院 電話: _____ 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 〇〇 〇〇 ⑧									
	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) ① 食物(原因 鶏卵) 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3. 運動誘発アナフィラキシー 4. 昆虫 5. 医薬品 6. その他()	除去食、無配膳の対応が 必要な 場合は 管理必要 に○をつけ、F.その他の配慮・管理事項(自由記述)に詳細を記入してください	鶏卵(卵殻カルシウム) 牛乳:乳糖・乳清焼成カルシウム 小麦:醤油・酢・味噌 大豆:大豆油・醤油・味噌 ゴマ:ゴマ油 魚類:かつおだし・いりこだし・魚醤 肉類:エキス										
	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 ① 鶏卵 《 1,2,3 》 ② 牛乳・乳製品 《 1,2,3 》 ③ 小麦 《 1,2 》 4. ソバ 《 》 5. ピーナッツ 《 》 ()内に具体的な食品名を記載 6. 甲殻類 《 4 》 (すべて・エビ・カニ) 7. 木の実類 《 》 (すべて・くるみ・カシュー・アーモンド) 8. 果物類 《 》 () 9. 魚類 《 》 () 10. 肉類 《 》 () 11. その他1 《 》 () 12. その他2 《 》 ()	[除去根拠]該当するものを《 》内に記載 ①明らかな症状の既往 ②食物負荷試験陽性 ③IgE抗体等検査結果陽性 ④未摂取	F.その他の配慮・管理事項(自由記述) 1. 牛乳:牛乳は 200ml まで摂取し、誘発症状なし、給食は 飲用牛乳のみ 除去とする。 2. 小麦:小麦 20g 摂取可能 除去必要調味料は摂取可能										
	D. 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(「エビペン®」) 3. その他()	除去根拠が「④未摂取」のみの場合も対応は可能ですが、IgE抗体等検査の受診をお勧めします。陰性であった場合も、検査結果の提出、もしくは、「F. その他の配慮・管理事項」に医師の記載をお願いします。											
食物アレルギー (あり・なし)	病型・治療		学校生活上の留意点		【緊急時連絡先】 ★保護者 電話: _____ ★連絡医療機関 医療機関名: _____ 電話: _____ 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 〇〇 〇〇 ⑧ 医療機関名 _____								
	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. 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要 B. 動物との接触やほこり等の舞う環境での活動 1. 管理不要 2. 管理必要 C. 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 D. その他の配慮・管理事項(自由記述)										
	B-1 長期管理薬(吸入) <table border="1"> <thead> <tr> <th>薬剤名</th> <th>投与日/日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ステロイド吸入薬 () ()</td> <td>() ()</td> </tr> <tr> <td>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 () ()</td> <td>() ()</td> </tr> <tr> <td>3. その他 () ()</td> <td>() ()</td> </tr> </tbody> </table>		薬剤名	投与日/日		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 () ()	() ()	1. 管理不要 2. 管理必要 2. 管理必要	
	薬剤名	投与日/日											
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 () ()	() ()												
B-2 長期管理薬(内服) <table border="1"> <thead> <tr> <th>薬剤名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 () ()</td> </tr> <tr> <td>2. その他 () ()</td> </tr> </tbody> </table>		薬剤名	1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 () ()	2. その他 () ()	1. 管理不要 2. 管理必要								
薬剤名													
1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 () ()													
2. その他 () ()													
B-3 長期管理薬(注射) <table border="1"> <thead> <tr> <th>薬剤名</th> <th>投与日/日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 生物学的製剤 () ()</td> <td>() ()</td> </tr> </tbody> </table>		薬剤名	投与日/日	1. 生物学的製剤 () ()	() ()								
薬剤名	投与日/日												
1. 生物学的製剤 () ()	() ()												
C. 発作時の対応 <table border="1"> <thead> <tr> <th>薬剤名</th> <th>投与日/日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ベータ刺激薬吸入 () ()</td> <td>() ()</td> </tr> <tr> <td>2. ベータ刺激薬内服 () ()</td> <td>() ()</td> </tr> </tbody> </table>		薬剤名	投与日/日	1. ベータ刺激薬吸入 () ()	() ()	2. ベータ刺激薬内服 () ()	() ()						
薬剤名	投与日/日												
1. ベータ刺激薬吸入 () ()	() ()												
2. ベータ刺激薬内服 () ()	() ()												

(財)日本学校保健会作成

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で共有することに同意します。

保護者氏名 **稲沢 太郎**

裏面の署名の記入



就学時保健調査票

No.

様式 1

この調査票は、お子様の心身の状況を知り、よりよい就学を行ううえで大切ですので、正確にご記入ください。

お子様が健康診断を受けられない場合でも、この調査票は受診会場へ届けてください。

ふりがな 就学児氏名	-----	生年月日	平成 年 月 日生	性別	男 女
保護者氏名		現住所	稲沢市	電話	

A お子様の発育・発達について

1 話すことばに何か心配なことがありますか。	いいえ	はい	[どもる ・ 赤ちゃんことば その他()]
2 目について、何か心配なことがありますか。	いいえ	はい	[斜視 ・ 弱視 ・ 遠視 その他()]
3 耳について、何か心配なことがありますか。	いいえ	はい	[難聴 ・ その他()]

B お子様の病気について

1 今までにかかった病気がありますか。	いいえ	はい	[心臓病 ・ 川崎病 ・ 腎臓病 ・ ぜんそく ・ その他()]
2 1 の病気で、現在も通院したり治療を受けたりしていますか。	いいえ	はい	病院名 [] 病気の様子 <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>

3 体や心の健康について、学校生活で心配なことがありましたら、お書きください。			

C お子様の生活面について

1 一人で洋服が着られ、靴がはけますか。	はい	いいえ
2 おはしで食事ができますか。	はい	いいえ
3 自分の名前が言えて、書けますか。	はい	いいえ
4 人見知りをはげしいですか。	はい	いいえ

5 性格や行動面も含めて、学校生活で心配なことがありましたら、お書きください。		

D 検査について

検査の際、配慮してほしいことがあればお知らせください。 ※初めての場所を怖がる、一度にたくさんの質問に答えられない、など

※ この調査は、就学時におけるお子様の健康や発育状況を把握する目的以外には、使用しません。また、個人情報の保護のための安全管理には、十分留意しておりますので、ご安心ください。

秘

就学時保健調査票

記入例

No.

この調査票は、お子様の心身の状況を知り、よりよい就学を行ううえで大切ですので、正確にご記入ください。

お子様が健康診断を受けられない場合でも、この調査票は受診会場へ届けてください。

ふりがな 就学児氏名	いなざわ たろう 稲沢 太郎	生年月日	平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日生	性別	(男) 女
保護者氏名	稲沢 一郎	現住所	稲沢市 朝府町1番地	電話	32-1111

A お子様の発育・発達について

1 話すことばに何か心配なことがありますか。	いいえ (はい) [どもる ・ (赤ちゃんことば) その他()]
2 目について、何か心配なことがありますか。	いいえ (はい) [(斜視) ・ 弱視 ・ 遠視 その他()]
3 耳について、何か心配なことがありますか。	いいえ (はい) [難聴 ・ (その他(滲出性中耳炎))]

B お子様の病気について

1 今までにかかった病気がありますか。	いいえ (はい) [心臓病 ・ (川崎病) ・ 腎臓病 ・ ぜんそく ・ その他()]
2 1 の病気で、現在も通院したり治療を受けたりしていますか。	いいえ (はい) 病院名 [稲沢市民病院] 病気の様子 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;">心室中隔欠損症のため、年1回検診を受けている。</div>
3 体や心の健康について、学校生活で心配なことがありましたら、お書きください。 3才の時、交通事故で左足を骨折し、手術を受ける。現在うまく走れない。また、よく転ぶ。	

C お子様の生活面について

1 一人で洋服が着られ、靴がはけますか。	(はい) いいえ
2 おはしで食事ができますか。	(はい) いいえ
3 自分の名前が言えて、書けますか。	はい (いいえ)
4 人見知りをはげしいですか。	(はい) いいえ
5 性格や行動面も含めて、学校生活で心配なことがありましたら、お書きください。	

D 検査について

検査の際、配慮してほしいことがあればお知らせください。 ※初めての場所を怖がる、一度にたくさんの質問に答えられない、など

※ この調査は、就学時におけるお子様の健康や発育状況を把握する目的以外には、使用しません。また、個人情報の保護のための安全管理には、十分留意しておりますので、ご安心ください。

年 月 日

保 護 者 様

稲沢市教育委員会

児童の「食物アレルギーに関する調査」について（お願い）

学校生活では、食品に関わる授業や活動、体育・部活動等運動を伴う校外活動（特に宿泊を伴う校外活動）等を行うとともに、学校給食を提供します。学校生活における健康管理の一環として、特定の食品でアレルギー症状を発症する児童について、事前にその状況等を把握するため、食物アレルギーに関する調査を行っています。

つきましては、裏面「食物アレルギーに関する調査票」に必要事項を記入の上、学校へ必ず提出してください。

なお、学校で食物アレルギーへの対応が必要な児童については、後日「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」や食物アレルギー対応申請書等の書類をお渡しします。

○「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」について

食物アレルギーを有する児童への対応を行う際は、個々の児童生徒の症状等を正しく把握することが必要です。「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」は、医師が診断の結果に基づいて、児童生徒のアレルギー疾患の情報を記載する書類として、「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」（文部科学省監修・公益財団法人日本学校保健会発行）で定められたものです。

食物アレルギーを起こさないようにするためには、原因となる食物を食べない「食物除去」を行うことが基本となります。このため学校給食では「除去食」(8品目 卵・乳・小麦・えび・かに・落花生（ピーナッツ）・そば・くるみのみ対応)、「代替食持参」又は「無配膳」での対応を原則としています。

※ なお、医療機関での「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の作成に当たっては、医療文書料（各医療機関が設定）がかかる場合があります。（保護者負担となります。）

※ 学校給食における食物アレルギー対応等の内容

対 応 等	内 容
無配膳対応	主食・飲用牛乳、副食においてアレルゲンを含むものについては配膳しない対応（除去食提供、代替食対応がない場合は無配膳対応となる）
除去食対応	アレルゲンを含む食品を加えない料理を提供する対応
一部弁当持参	除去食による食物アレルギー対応ができないことにより、提供されない（無配膳となる）主食・飲用牛乳・副食を持参するもの
完全弁当持参	学校給食の提供が困難である対象者において、毎日弁当を持参するもの ※調味料・だし・添加物等に含まれる微量のアレルゲンや注意喚起表記（食品表示法）程度の量のアレルゲンの混入でアレルギー症状を発症する、又は原因食品が多品目等場合

食物アレルギーに関する調査票

学校名 _____ 小学校 (年 組) _____

児童氏名 ふりがな _____

保護者氏名 _____

住所 _____

連絡先 (電話番号) _____

各質問について、該当する項目に○を記入してください。

問1 現在、食物アレルギーはありますか。

- () ある ⇨ 「ある」に記入された場合、問2の質問にお答えください。
() 過去にあったが現在は無い ⇨ 調査終了です。
() ない ⇨ 調査終了です。

問2 学校での食物アレルギー対応を希望しますか。

- () 希望する () 希望しない ⇨ 希望しない場合は
⇩ 希望する場合は、問3以下にお答えください。 問4以下にお答えください

問3 食物アレルギー対応を希望する内容 (あてはまる項目全てに○をしてください。)

- () 学校給食
() 食物・食材を扱う授業・活動
() 運動 (体育・部活動等)
() 宿泊を伴う校外活動

問4 食物アレルギーの原因食品は何ですか。

[_____]

問5 今までどのような症状が出ましたか。(あてはまる項目全てに○をしてください。)

- () じんましん、かゆみ、むくみなどの皮膚症状
() 眼がかゆくなったり、まぶたが腫れたりなど眼の粘膜症状やくしゃみ、鼻汁、鼻がつまる
() 口の中やのどの違和感やはれ、のどのかゆみ、イガイガ感
() 腹痛や嘔吐、下痢
() のどが締め付けられる感じや呼吸がしづらいなどの呼吸器症状
() アナフィラキシーショック※ ⇨ 原因食品 (_____)
() その他 [_____]

問6 現在、家庭で除去している食品はありますか。

- () ある 食品名 [_____]
() ない

問7 食物アレルギーに関して、医療機関を受診していますか。

- () 定期的に受診している。(1年以内に受診している。)
() 以前受診したが今は受診していない。最終の受診 [_____] 歳頃
() 病院で検査・診断を受けたことはない

問8 アレルギーに関して処方されている薬等がありますか。

- () エピペン® () 抗ヒスタミン薬 () その他 [_____]
() 特になし

※アナフィラキシーショック

皮膚症状と呼吸器症状等、複数の臓器に重症のアレルギー症状が同時に現れる状態を「アナフィラキシー」と呼び、これに、ショック症状(血圧の低下若しくはそれに準ずる状態)を伴うことを「アナフィラキシーショック」といいます。



児童生徒保健調査票

小学校名 _____

中学校名 _____

ふりがな			男・女															
児童生徒名				組														
生年月日	平成	年	月	日生	番													

今までにかかった病気

麻しん (はしか) [歳]	水痘 (水ぼうそう) [歳]	風しん (三日ばしか) [歳]
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) [歳]	中耳炎 [右・左] (慢性・滲出性) [歳]	
てんかん [歳]	喘息 [歳]	虫垂炎 (もうちょう) [歳]
川崎病 [歳]	糖尿病 [歳]	結核 [歳]
心臓病 (病名) [歳]	腎臓病 (病名) [歳]	
その他		

※ 該当する項目に○をつけてください。

	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3
1 運動すると胸がどきどきしたり、息切れしたりする。									
2 長く立っていると気持ちが悪くなったり、倒れたりする。									
3 熱がないのによく頭が痛くなる。									
4 よく熱が出る。(扁桃腺・その他)									
5 よく腹が痛くなったり、下痢をしたりする。									
6 (女子のみ) 生理痛がひどい。									
7 1年以内に喘息の発作が起きたことがある。									
8 1年以内にけいれん・ひきつけを起こしたことがある。									
9 耳の聞こえが悪い。(右・左)									
10 耳だれが出る。(右・左)									
11 鼻がつまったり、こい鼻汁が出たりする。									
12 鼻をぶつけていないのに鼻血がよく出る。									
13 色によって見分けにくいことがある。									
14 1年以内に花粉症で通院したことがある。									
15 1年以内にアレルギー性鼻炎で通院したことがある。									
16 1年以内にアレルギー性結膜炎で通院したことがある。									
17 アトピー性皮膚炎で治療をしている。									

18 薬によるアレルギー、その他食べ物などによるアレルギーがありますか。(有・無)

※ 有に○をつけられた方は以下の欄にご記入ください。

薬によるアレルギー	食べ物によるアレルギー	その他の原因によるアレルギー
《薬品名・症状》	《食品名・症状》	《原因・症状》
年 月頃 発症	年 月頃 発症	年 月頃 発症
年 月頃 治癒	年 月頃 治癒	年 月頃 治癒

児童生徒名

--

※ 該当学年に保護者の押印をお願いします。

小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3
印	印	印	印	印	印	印	印	印

19 定期的に検査や治療を受けている場合、病名や医療機関名をご記入ください。

病名又は検査名	年	年	年
現在の状態及び学校で配慮してほしいこと			
	年 月頃 発症	年 月頃 発症	年 月頃 発症
	年 月頃 治癒	年 月頃 治癒	年 月頃 治癒
医療機関名			
病名又は検査名	年	年	年
現在の状態及び学校で配慮してほしいこと			
	年 月頃 発症	年 月頃 発症	年 月頃 発症
	年 月頃 治癒	年 月頃 治癒	年 月頃 治癒
医療機関名			
病名又は検査名	年	年	年
現在の状態及び学校で配慮してほしいこと			
	年 月頃 発症	年 月頃 発症	年 月頃 発症
	年 月頃 治癒	年 月頃 治癒	年 月頃 治癒
医療機関名			

20 心や体の健康について相談したいことや気をつけてほしいことがありましたら、ご記入ください。

小1	小2	小3
小4	小5	小6
中1	中2	中3

21 予防接種の記録(母子手帳を見て、接種年月日をご記入ください。接種していない場合は未接種に○をつけてください。)

ポ	リ	オ	未接種	MR(麻しん・風しん混合)	I 期	未接種
B	C	G	未接種	麻しん	II 期	未接種
三種混合(ジフテリア、百日咳、破傷風)			未接種		I 期	未接種
DT(ジフテリア、破傷風)			未接種	風しん	II 期	未接種
日本脳炎	I 期		未接種		I 期	未接種
	II 期		未接種	II 期	未接種	
ヒブ(インフルエンザ菌b型)			未接種	肺炎球菌		未接種
水痘			未接種			

年度 月 献立材料一覧表(例)

様式 4

1(木)		2(金)		5(月)		6(火)		7(水)		8(木)		9(金)	
[牛乳]		[牛乳]		[牛乳]		[牛乳]		[牛乳]		[牛乳]		[牛乳]	
A 牛乳	1.00	A 牛乳	1.00	A 牛乳	1.00	A 牛乳	1.00	A 牛乳	1.00	A 牛乳	1.00	A 牛乳	1.00
[ミニロール]		[白飯]		[白飯]		[ソフトめん]		[白飯]		[揚げパン(シナモン)]		[白飯]	
A ロールパン 25g	1.00	白飯(ライスパック)	1.00	白飯(ライスパック)	1.00	A ソフトがていめん 70g	1.00	白飯(ライスパック)	1.00	A ミルクロールパン 50g	1.00	白飯(ライスパック)	1.00
A ロールパン 40g	1.00	白飯(ライスパック)	1.00	白飯(ライスパック)	1.00	A ソフトがていめん 90g	1.00	白飯(ライスパック)	1.00	A ミルクロールパン 60g	1.00	白飯(ライスパック)	1.00
		白飯(ライスパック)	1.00	白飯(ライスパック)	1.00	A ソフトがていめん 100g	1.00	白飯(ライスパック)	1.00	A ミルクロールパン 70g	1.00	白飯(ライスパック)	1.00
[ペンネマカロニのミソソース]		白飯(ライスパック)	1.00	白飯(ライスパック)	1.00					A 大豆白絞油	6.00	白飯(ライスパック)	1.00
A ペンネ	35.00					[ちゃんぽんソフト麺]		[鶏肉のレモン煮]		シナモン	0.64		
塩	0.10	[網厚あげの肉みそかけ]		[三色ごはん(卵)]		A 豚肉	15.00	A 鶏もも切り身(皮なし)50g	1.00	上白(1kg袋)	6.42	[ほきと大豆のごまがらめ]	
A 豚ひき肉	20.00	絹厚揚げ50g	1.00	オイルツナ	30.00	A いか短冊切(皮なし・国産)	10.00	A 鶏もも切り身(皮なし)60g	0.00	塩	0.01	A ホキ角切(打粉付き)	35.00
玉葱	50.00	A 鶏ひき肉	15.00	玉葱	10.00	酒	1.00	酒	1.00	A 大豆チョコクリーム 10g	0.30	A 愛知県産産し大豆(ドライト)	15.00
にんじん	15.00	上白(1kg袋)	6.00	しょうが	0.30	もやし	15.00	でんぷん	8.00			A 大豆白絞油	5.00
パセリ	0.50	本みりん	1.00	A しょうゆ	3.00	にんじん	10.00	A 大豆白絞油	6.00	[ミネストローネ]		A しょうゆ	3.50
トマトケチャップ	15.00	酒	1.00	上白(1kg袋)	3.00	キャベツ	20.00	A しょうゆ	3.00	A 短冊ベーコン(無塩)	8.00	上白(1kg袋)	3.00
デミグラスソース	10.00	A みそ	7.00	酒	1.00	ねぎ	8.00	上白(1kg袋)	2.00	玉葱	30.00	本みりん	0.60
ソース	3.60	水	10.00	油450g	1.00	なると(スライス)	8.00	レモン果汁300ml	1.00	にんじん	15.00	水	5.00
塩	0.10			A いらい卵	20.00	白豚湯	2.00	水	3.00	じゃがいも	30.00	A いらいごま200g	1.00
こしょう	0.03	[ブロッコリーのごまあえ]		ほうれんそう	20.00	中華スープ	1.00			いんげんまめ(ゆで)	8.00		
上白(1kg袋)	1.50	ブロッコリー	35.00	もやし	10.00	A しょうゆ	6.00	[ゆかりあえ]		トマト缶詰(ダイス)	20.00		
[ツナサラダ(金ごま)]		A しょうゆ	2.00	A しょうゆ	1.50	塩	0.10	キャベツ	25.00	にんにく	0.50	[おひたし]	
まぐろサラダ油漬(ルー)	10.00	上白(1kg袋)	1.00	上白(1kg袋)	0.20	こしょう	0.01	きゅうり	10.00	パセリ	1.00	キャベツ	20.00
キャベツ	30.00	A すりごま200g	1.00			でんぷん	2.00	ゆかり200g	0.50	コンソメG	2.00	こまつな	15.00
きゅうり	8.00			[きしめん汁]		水	145.00			塩	0.10	もやし	15.00
ホールコーン缶	8.00	[沢煮わん]		ぎんなんきしめん	8.00			[おじゃがもち汁]		こしょう	0.01	A しょうゆ	3.00
A ごまドレッシング(乳化)	6.00	A 豚肉	10.00	A 油揚げ(カット)	2.00	[しゅうまい]		A 豚肉	5.00	水	100.00	上白(1kg袋)	0.30
		にんじん	8.00	白かまぼこ	10.00	しゅうまい(冷凍)	2.00	酒	1.00			本みりん	1.00
		除国産干しいたけ(33枚)	1.00	にんじん	10.00			A 豆腐	20.00	[スペイン風オムレツ]			
[ヨーグルトコアFe]		たけのこ(ゆで)	10.00	えのきたけ	10.00	[ひじきの中華あえ]		おじゃがもちボール	25.00	A スペイン風オムレツ12枚	1.00	[豚汁]	
A ヨーグルトFe	1.00	さがきごぼう	10.00	ねぎ	8.00	芽ひじき(韓国産)	0.60	はくさい	20.00			A 豚肉	10.00
		だいこん	25.00	A しょうゆ	3.00	A ささみオイル漬	5.00	A 油揚げ(カット)	2.00			にんじん	10.00
		ねぎ	8.00	A 白しょうゆ	4.00	だいこん	25.00	にんじん	10.00			ごぼう	8.00
		削り節	2.00	削り節	2.00	チンゲンツァイ	10.00	ねぎ	8.00			A 豆腐	20.00
		塩	0.40	水	130.00	ホールコーン缶	10.00	A しょうゆ	2.00			A 油揚げ(カット)	2.00
		こしょう	0.01			米酢	1.50	A 白しょうゆ	4.00			さといも	15.00
		酒	1.00	[みかん]		上白(1kg袋)	2.00	削り節	2.00			ねぎ	6.00
		A うすくちしょうゆ	5.00	みかん S	1.00	A しょうゆ	3.00	水	75.00			だいこん	10.00
		水	130.00			ごま油	0.30					A みそ	10.00
												削り節	2.00
												水	100.00



面談記録票（個人調査票）

学校	年 組	ふりがな 氏 名	男・女	実施日	年 月 日
出席者	保護者氏名（ ） 校長、教頭、学級担任、養護教諭、栄養教諭・学校栄養職員、その他 （ ）				
アレルギー	具体的な食品名等	特記事項を※番号で記入			症状確認時期
		診断 根拠	摂取時に現 れた症状	希望する対応	
1	卵				年 月頃
2	乳				年 月頃
3	小麦				年 月頃
4					年 月頃
5					年 月頃
6					年 月頃
7					年 月頃
8					年 月頃
※ 特 記 事 項					
診断 根拠	①	明らかな症状の既往			
	②	食物経口負荷試験陽性			
	③	IgE 抗体など検査試験結果が陽性			
摂取 時に 現 れ た 症 状	①	発赤、じんましんなど即時型皮膚症状			
	②	湿疹など遅発型皮膚症状			
	③	口腔・粘膜症状			
	④	咳、ぜん鳴など呼吸器症状			
	⑤	腹痛、嘔吐など消化器症状			
	⑥	アナフィラキシーショック症状			
	⑦	その他()			
希 望 す る 対 応	①	エピペン®の管理			
	②	学校給食: 完全弁当持参 学校給食: ア 無配膳対応、イ 除去食提供対応、ウ 一部弁当持参			
	③	食品を扱う授業・活動			
	④	体育・部活動等の運動を伴う授業や活動			
	⑤	校外活動(宿泊を伴う校外活動を含む)			
	⑥	その他注意事項			

過去の 発作事例 と症状	年 月 (才) 頃、原因食品 ()、食後 () 分、ショック症状 (有・無)	
	年 月 (才) 頃、原因食品 ()、食後 () 分、ショック症状 (有・無)	
	年 月 (才) 頃、原因食品 ()、食後 () 分、ショック症状 (有・無)	
発作時の対応 (養護教諭と要相談)	発作時の対応手順	
	内服薬 有・無	薬名 () 学校に携帯希望 (する ・ しない) 管理方法・投与方法 ()
	吸入薬 有・無	薬名 () 学校に携帯希望 (する ・ しない) 管理方法・投与方法 ()
	外用薬 有・無	薬名 () 学校に携帯希望 (する ・ しない) 管理方法・投与方法 ()
	エピペン® 有・無	薬名 () 学校に携帯希望 (する ・ しない) 管理方法・投与方法 ()
食事と運動の関係 (有 ・ 無)		
有の時の留意点		
学校生活上の留意点	学校給食 (当番、白衣等)	
	食品を扱う授業・活動	
	運動 (体育・部活動等)	
	遠足・職場体験等	
	校外活動 (宿泊を含む)	
	その他の配慮・管理事項	
学校給食の対応	面談時、確認した内容	
	献立材料一覧表の連絡方法	
	学校給食食物アレルギー対応確認表の連絡方法	
	献立変更時の連絡方法	
	弁当の保管方法	
	その他	
保護者の要望等		

食物アレルギー対応申請書（新規・継続）

（新入学・転入・在学中）

提出日 年 月 日

学校長 様

保護者氏名

ふりがな 児童生徒氏名		生年月日	年 月 日
性 別	男 ・ 女	学年・学級	年 組
住 所	〒 Tel () -		

- 食物アレルギー対応について、下記の必要書類を添えて申請します。
 - ・学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）
- 食物アレルギーに関して、学校で次の対応を希望します。（該当する箇所を☑してください。）
 - エピペン®の所持
 - 学校給食（給食の時間及び弁当）
 - 食品を扱う授業や活動
 - 体育・部活動等の運動を伴う授業や活動
 - 校外活動（宿泊を伴う校外活動を含む）
 - その他希望する事柄（ ）
- 学校での食物アレルギー対応に当たっては、下記のことを理解して同意します。
（下記の全ての項目を確認の上、☑してください。）
 - この申請書及び食物アレルギー対応の内容は、学校の教職員全てに共有されること。
 - 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）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ること。
 - 申請内容は審査の結果により全てが実現されるとは限らず、食物アレルギー対応については、面談を行った上で食物アレルギー対応に関する「校内委員会」で決定されること。
 - 定期的及び必要に応じて、対応内容について学校側と協議する必要があること。
 - 学校給食の対応において、栄養・献立面で不足が生じる可能性があること。
 - 学校給食の対応において、栄養・献立面に不足が生じ、一部弁当持参が必要な場合があること。
 - 学校給食を安全に提供することが困難な場合は、完全弁当(毎日)持参となる場合があること。
- これまでの対応を記入してください。

園・学校名		(学校)給食対応	有 ・ 無 ・ 毎日弁当
対応内容			

食物アレルギー対応申請書（変更・中止）

提出日 年 月 日

_____ 学校長 様

保護者氏名 _____

ふりがな 児童生徒氏名		生年月日	年 月 日
性 別	男 ・ 女	学年・学級	年 組
住 所	〒 _____ Tel () -		

- 1 食物アレルギーに関して、学校で次の対応を希望します。（該当する箇所を☑してください。）
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> エピペン®の所持 | <input type="checkbox"/> 学校給食（給食の時間及び弁当） |
| <input type="checkbox"/> 食品を扱う授業や活動 | <input type="checkbox"/> 体育・部活動等の運動を伴う授業や活動 |
| <input type="checkbox"/> 校外活動（宿泊を伴う校外活動を含む） | |
| <input type="checkbox"/> その他希望する事柄（ _____ ） | |

- 2 変更・中止 の内容と理由（具体的に記入してください。）

- 3 下記の必要書類を添えて申請します。（転校による中止の場合は必要ありません。）

(1) 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

食物アレルギーの解除による中止の場合は、(1)は必要ありません。

- 4 学校での食物アレルギー対応に当たっては、下記のことを理解して同意します。

（下記の全ての項目を確認の上、該当する箇所を☑してください。）

- この申請書及び食物アレルギー対応の内容は、学校の教職員全てに共有されること。
- 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）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ること。
- 申請内容は審査の結果により全てが実現されるとは限らず、食物アレルギー対応については、面談を行った上で食物アレルギー対応に関する「校内委員会」で決定されること。
- 定期的及び必要に応じて、対応内容について学校側と協議する必要があること。
- 学校給食の対応において、栄養・献立面で不足が生じる可能性があること。
- 学校給食の対応において、栄養・献立面に不足が生じ、一部弁当持参が必要な場合があること。
- 学校給食を安全に提供することが困難な場合は、完全弁当(毎日)持参となる場合があること。

(アレルギー関係様式)

アドレナリン自己注射薬（エピペン®）に関する依頼書

年 月 日

〇〇〇〇学校長 様

保護者氏名 _____

下記児童（生徒）は、医師からアドレナリン自己注射薬（エピペン®）を処方されているため、下記「学校への依頼内容」について、学校での実施を依頼いたします。

記

学 校 名	学校
学 年 ・ 組	年 組
児童生徒氏名	
生 年 月 日	年 月 日
過去にアナフィラキシーショックを発症したことの有無 (有 ・ 無)	
学 校 へ の 依 頼 内 容 ※ 依頼する 項目に○を付 ける。	① アナフィラキシーショックを疑う症状がある場合において、アドレナリン自己注射薬（エピペン®）を子ども自身が接種できないときは、教職員が本人に代わって接種すること
	② アドレナリン自己注射薬（エピペン®）を処方されていることについて、消防機関へ情報提供すること
	③ アドレナリン自己注射薬（エピペン®）を学校の保健室または職員室で保管すること
	④ 本人保管
(アドレナリン自己注射薬（エピペン®）に関する主治医の指示事項など、特に配慮を要する事項がある場合は、学校との面談で相談した上で、詳細を記載)	

食物アレルギー個別の取組プラン

取組プラン決定日 年 月 日

食物アレルギー対応の実施にあたり、下記1～3について同意します。

保護者氏名

- 「個別の取組プラン」【様式8】「緊急時個別対応マニュアル」【様式9】の内容に基づいて学校での対応を行うこと。
- 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、「個別の取組プラン」及び「緊急時個別対応マニュアル」の内容を全ての教職員で共有すること。
- 他の児童生徒の理解と協力を得るために、食物アレルギー対応の内容を学級で説明すること。

年 組 番		性別	男・女	ふりがな 児童生徒 氏 名	体重 kg
保護者氏名		生年 月 日		年 月 日 (歳)	
自 宅	電話 番号	自宅以外 の緊急連 絡先	① (携帯・勤務先・その他) (続柄) ※連絡先の名称等:		
	F A X 番号		② (携帯・勤務先・その他) (続柄) ※連絡先の名称等:		
			③ (携帯・勤務先・その他) (続柄) ※連絡先の名称等:		
			④ (携帯・勤務先・その他) (続柄) ※連絡先の名称等:		
保 護 者 所	〒				
主 治 医	医療機関 () 主治医 () 電話番号				
食 物 ア レ ル ギ ー 病 型	即時型	有・無	原因食品:		
	口腔アレルギー症候群	有・無	原因食品:		
	食物依存性運動誘発アナフィラキシー	有・無	原因食品:		
シ ア ナ フ イ ラ キ ー 病 型 既 往 キ	食物によるアナフィラキシー	有・無	原因食品:		
	食物依存性運動誘発アナフィラキシー	有・無	原因食品:		
	その他	有・無	原因食品:		
原因食品と具 体的な症状、 処置や対応 (直近のもの から記入)	年月日	原因食品	症 状	処置・対応	アナフィラキ シーショック 有・無
					有・無
					有・無
					有・無
					有・無

発作時の対応	発作時の対応手順		
	治療薬	内服薬 有 ・ 無	薬名 () 学校に携帯希望 (する・しない) 管理方法・投与方法 ()
		吸入薬 有 ・ 無	薬名 () 学校に携帯希望 (する・しない) 管理方法・投与方法 ()
		外用薬 有 ・ 無	薬名 () 学校に携帯希望 (する・しない) 管理方法・投与方法 ()
		エピペン® 有 ・ 無	薬名 () 学校に携帯希望 (する・しない) 管理方法・投与方法 ()
学校生活上の留意点	対 応 内 容		
	学校給食 (当番、白衣等)		
	食品を扱う授業・活動		
	運動 (体育・部活動等)		
	遠足・職場体験等		
	校外活動 (宿泊を含む)		
	その他の配慮・管理事項		
学校給食の対応 有 ・ 無	対 応 内 容		
	献立材料一覧表の連絡方法		
	無配膳対応の対象となるアレルゲン		
	除去食提供対応の対象となるアレルゲン		
	弁当持参の有無等と保管方法		
	学校給食食物アレルギー対応確認表の連絡方法		
	献立変更時の連絡方法		
その他			
その他・特記事項			

記入例

様式 8

食物アレルギー個別の取組プラン

取組プラン決定日 年 月 日

食物アレルギー対応の実施にあたり、下記1～3について同意します。

保護者氏名

- 「個別の取組プラン」【様式8】「緊急時個別対応マニュアル」【様式9】の内容に基づいて学校での対応を行うこと。
- 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、「個別の取組プラン」【様式8】「緊急時個別対応マニュアル」の内容を全ての教職員で共有すること。
- 他の児童生徒の理解と協力を得るために、食物アレルギー対応の内容を学級で説明すること。

健康診断時の体重

年 組 番		性別	男・女	ふりがな 児童生徒 氏 名	体重 kg
保護者氏名		生年 月 日	年 月 日 (歳)		
自 宅	電話 番号	自宅以外 の緊急連 絡先	① (携帯・勤務先・その他) (続柄) ※連絡先の名称等:		
	F A X 番号		② (携帯・勤務先・その他) (続柄) ※連絡先の名称等:		
			③ (携帯・勤務先・その他) (続柄) ※連絡先の名称等:		
			④ (携帯・勤務先・その他) (続柄) ※連絡先の名称等:		
保 護 者 所 住	〒				
主 治 医	医療機関 () 主治医 () 電話番号				
ギ ー 病 型 ア レ ル ギ ー	即時型	有・無	原因食品:		
	口腔アレルギー症候群	有・無	原因食品:		
	食物依存性運動誘発アナフィラキシー	有・無	原因食品:		
シ ア ナ フ イ ラ キ ー 病 型 既 往 キ	食物によるアナフィラキシー	有・無	原因食品:		
	食物依存性運動誘発アナフィラキシー	有・無	原因食品:		
	その他	有・無	原因食品:		
原因食品と具 体的な症状、 処置や対応 (直近のもの から記入)	年月日	原因食品	症 状	処置・対応	アナフィラキ シーショック 有・無
					有・無
					有・無
					有・無
					有・無

発作時の対応	発作時の対応手順		
	治療薬	内服薬 <input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	薬名（ ） 学校に携帯希望 <input checked="" type="radio"/> する・ <input type="radio"/> しない 管理方法・投与方法（ ）
		吸入薬 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	薬名（ ） 学校に携帯希望（する・しない） 管理方法・投与方法（ ）
		外用薬 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	薬名（ ） 学校に携帯希望（する・しない） 管理方法・投与方法（ ）
		エピペン® 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	薬名（ ） 学校に携帯希望（する・しない） 管理方法・投与方法（ ）
学校生活上の留意点	対応内容		
	学校給食（当番、白衣等）	特になし	
	食品を扱う授業・活動	調理実習等、食品を扱う授業・活動がある場合には事前に保護者に確認をする。	
	運動（体育・部活動等）	特になし	
	遠足・職場体験等	飲食物の提供や食品を扱う活動がある場合は、事前に保護者に確認をする。	
	校外活動（宿泊を含む）	活動中（宿泊行事中）の食事内容や食事以外で提供される食べ物について事前に資料を提供し保護者に確認をして頂く。	
	その他の配慮・管理事項		
学校給食の対応	対応内容		
	献立材料一覧表の連絡方法	学期ごと・月ごとに加工品の成分表を専用封筒に入れてお渡しをし確認をして頂く。	
	無配膳対応の対象となるアレルギー	卵	
	除去食提供対応の対象となるアレルギー	卵	
	弁当持参の有無等と保管方法	本人希望により、無配膳の場合でも弁当は持参しない方針、持参した場合は必要に応じて冷蔵庫に保管する。	
	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	学校給食食物アレルギー対応確認表の連絡方法	献立材料一覧表と一緒に封筒に入れてお渡しし、保護者に記入してもらう。栄養教諭又は学校栄養職員が確認し、記入してもらった原本は家庭保管としコピーはファイルに綴り担任が教室で保管する。
	献立変更時の連絡方法	文書、又は電話にて連絡をする。	
その他	食物アレルギー対応マニュアルに基づき、卵成分の入ったものは全て除去食対応とする。		
その他・特記事項			

____年 ____組 男・女 氏名 _____ 生年月日 ____年 ____月 ____日
 アレルゲン食品 (_____)

緊急時薬 <保管場所 _____ > ●**体重** < _____ kg >

分類	薬剤名	使うべき症状	使い方
抗ヒスタミン薬		じんましん・かゆみ・紅斑	内服
ステロイド		症状が続くとき	内服
気管支拡張薬		咳・ゼイゼイ・息苦しさ	内服・吸入

●**エピペン®**

あり <保管場所 _____ > ・ 保護者所持 ・ 処方なし

●**連絡先**

住所	〒		
保護者等	TEL (_____)	—	氏名 (続柄 _____)
	TEL (_____)	—	氏名 (続柄 _____)
	TEL (_____)	—	氏名 (続柄 _____)
	TEL (_____)	—	氏名 (続柄 _____)
医療機関	TEL (_____)	—	病院名 (医師 _____)
	TEL (_____)	—	病院名 (医師 _____)

全身

- ぐったり
 - 意識もうろう
 - 尿や便をもらす
 - 脈をふれにくい、不規則
 - 唇や爪が青白い
- (____時 ____分)

症状チェック!

____時 ____分

- ①体温 _____ °C
- ②脈 _____ 回/分 (不正 有・無)
- ③呼吸数 _____ 回/分
- ④血圧 最高 _____ / _____ 最低

呼吸器

- のどや胸のしめつけ感
 - 声がかすれる
 - 犬が吠えるような咳
 - 息がしにくい
 - 持続する強いせき込み
 - ゼーゼーする呼吸
- (____時 ____分)

- 数回の軽い咳
- (____時 ____分)

児童生徒の
顔写真

消化器

- 持続する強い(我慢できない)おなかの痛み
 - 繰り返し吐き続ける
- (____時 ____分)

- 中等度のおなかの痛み
 - 1~2回のおう吐
 - 1~2回の下痢
- (____時 ____分)

- 軽いおなかの痛み (我慢できる)
 - 吐き気
- (____時 ____分)

顔

上記の症状が
1つでもあてはまる場合

- 顔全体の腫れ
 - まぶたの腫れ
- (____時 ____分)

- 目のかゆみ・充血
 - の中の違和感・腫れ
 - くしゃみ・鼻水・鼻づまり
- (____時 ____分)

皮膚

- ① エピペン使用 ____時 ____分
- ② 救急車要請
- ③ ショック体位
- ④ 心肺停止?

- 強いかゆみ
 - 全身に広がるじんましん
 - 全身が真っ赤
- (____時 ____分)

- 軽度のかゆみ
 - 数個のじんましん
 - 部分的な赤み
- (____時 ____分)

→心肺蘇生・AED

1つでもあてはまる場合

1つでもあてはまる場合

- ① 保健室へ運ぶ(歩かせない)
- ② 緊急時薬使用 ____時 ____分
- ③ エピペン準備
- ④ 医療機関へ(救急車考慮)

- ① 保健室で経過観察
- ② 緊急時薬使用 ____時 ____分
- ③ 保護者に連絡

令和〇〇年 〇〇月分 小学校給食献立表

☆毎月19日は「食育の日～おうちでごはんの日～」です。

給食回数 〇回 稲沢市立〇〇〇学校

日 曜	こんだてめい	おもにからだをつくるものになる (あか)		おもにからだのちょうしをととのえる (みどり)		おもにエネルギーのもとになる (きいろ)		エネルギー (kcal)
		1ぐん	2ぐん	3ぐん	4ぐん	5ぐん	6ぐん	
1 月	ごはん ぎゅうにゅう	さかな・にく・たまご まめ・まめせいひん	ぎゅうにゅう にゅうせいひん ごさかな・かいそう	いろのこいやさい	そのたのやさい くだもの・きのこ	こめ・パン・めん いも・さとう	ゆし・しゅじつ	633
	カレーライス	ふたにく		にんじん	たまねぎ グリンピース にんにく	じゃがいも	ルウ	
	まめまめサラダ	だいず			えだまめ きゅうり コーン		やさいドレッシング	
	ふくじんづけ				ふくじんづけ			
2 火	わかめごはん ぎゅうにゅう		ぎゅうにゅう わかめ			こめ		640
	あじフライ	あじ				こむぎこ パンこ		
	ごまあえ			こまつな	キャベツ きゅうり	さとう	ごま	
	とうにゅういりみそしる	とうふ あぶらあげ みそ とうにゅう		にんじん	たまねぎ だいこん			
3 水	ごはん ぎゅうにゅう		ぎゅうにゅう			こめ		655
	マーボーとうふ	とうふ ふたにく みそ		にんじん	たまねぎ ほししいたけ たけのこ にんにく しょうが ねぎ	さとう でんぷん	ごまあぶら	
	しゅうまい	ふたにく とり たら				でんぷん パンこ こむぎこ さとう	ごまあぶら	
	もやしのナムル				もやし きゅうり	さとう	ごまあぶら	
4 木	こがたロールパン ぎゅうにゅう		ぎゅうにゅう			パン		687
	やきそば	ふたにく いか ちくわ	あおのり	にんじん	たまねぎ キャベツ	やきそばめん	あぶら	
	ウインナー		ウインナー					
	はるいろゼリーあえ				パイン もも	いちごゼリー メロンゼリー さとう		
5 金	ごはん ぎゅうにゅう		ぎゅうにゅう			こめ		622
	わふうハンバーグ	ふたにく とり たら			たまねぎ にんにく しょうが	さとう		
	こがねあえ			ほうれんそう	キャベツ コーン	さとう		
	かきた じ 除	たまご かまぼこ とう ふ		にんじん	えのきたけ ねぎ	でんぷん		
8 月	むぎごはん ぎゅうにゅう		ぎゅうにゅう			こめ おおむぎ		543
	ぶたどんのぐ	ふたにく		みつば	たまねぎ ぶなしめじ しょうが	さとう		
	けんちんじる	とうふ あぶらあげ		にんじん	ごぼう こんにゃく だいこん ねぎ ほししいたけ			
	オレンジ				オレンジ			
9 火	ちゅうかめん ぎゅうにゅう		ぎゅうにゅう			ちゅうかめん		626
	しょうゆラーメン	ふたにく			もやし たけのこ ねぎ キャベツ たまねぎ コーン にんにく			
	あげぎょうざ	ふたにく		にら	キャベツ たまねぎ にんにく	パンこ でんぷん さとう こむぎこ	ラード	
	ひじきのちゅうかあえ		ひじき		はくさい きゅうり コーン	さとう	ごまあぶら	
	ヨー ルト 除		ヨーグルト					
10 水	ごはん ぎゅうにゅう		ぎゅうにゅう			こめ		545
	あつやきたまご 弁	たまご				さとう	あぶら	
	きんぴらごぼう 弁		はんぺん	にんじん いんげん	ごぼう こんにゃく	さとう	ごま ごまあぶら	
	わかたけじる	とうふ かまぼこ	わかめ	にんじん	たけのこ ねぎ			
11 木	ごはん ぎゅうにゅう		ぎゅうにゅう			こめ		622
	さんしょくごはんのぐ (ツナ・たまご・やさい)	ツナ たまご		ほうれんそう	しょうが もやし	さとう	あぶら	
	どさんこじる 除	ふたにく とうふ みそ		にんじん	コーン ねぎ	じゃがいも		
	プチゼリー					プチゼリー		

- ・「献立材料一覧表」などを確認し、アレルギーを含む食品で、除去食対応がないものに、**×**をつけてください。(無配膳対応になります。)
- ・「献立材料一覧表」などを確認し、除去食を希望するものは、**×(除)**と記入してください。
- ・お弁当を持参する場合は、食べられない料理に **×(弁)**と記入してください。
- ・印は、赤ペンなどではっきりとわかるように記入してください。

○ 年 ○ 月 ○ 日

食物アレルギーがあるお子様の
保護者の方へ

稲沢市教育委員会
教育長 ○○ ○○

稲沢市立○○○○
校長 ○○ ○○

学校における食物アレルギーへの対応について（お願い）

平素は、本市の教育行政に御理解、御協力を賜り誠にありがとうございます。

さて、平成24年12月に食物アレルギーを有する児童が、学校給食終了後にアナフィラキシーショックの疑いにより亡くなるという事故を受けて、文部科学省では再発防止のための検討が重ねられ、安全性を最優先に対応することが不可欠との考え方のもと、平成27年3月に「学校給食における食物アレルギー対応指針」が示されました。

愛知県教育委員会においても、国の指針に基づき、平成28年2月に「学校における食物アレルギー対応の手引」を発行し、児童生徒の食物アレルギーに対して、学校において管理が必要な場合は「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の提出を必須とすることが示されました。

本市におきましても、この文部科学省の指針及び愛知県の方針を受け、学校における食物アレルギーの対応について、下記のとおり取り扱うこととなりましたので、御理解賜りますようお願い申し上げます。

記

1 「学校生活管理指導表」の提出及び面談について

食物アレルギーがあるお子様で、学校生活（学校給食・宿泊行事・調理実習等）での配慮や管理が必要と思われる場合は、医師の診断のもと「学校生活管理指導表」及び「食物アレルギー対応申請書」（新規・継続）（様式6-1）を学校へ提出してください。その後、関係職員と面談をお願いいたします。

今後は、「学校生活管理指導表」の提出と面談を毎年度お願いいたします。

2 学校給食における食物アレルギーの対応について

「学校生活管理指導表」を提出していただいたお子様については、原因食品の除去食で対応させていただきます。【除去食対応食品は、特定原材料8品目（卵・乳・小麦・えび・かに・落花生（ピーナッツ）・そば・くるみ）】

なお、食物アレルギーの種類及び献立によっては、除去食での対応ができない場合があります。除去食での対応ができない場合、必要に応じて代替食を御持参ください。

食物アレルギー対応におけるヒヤリハット報告書

様式 12

稲沢市教育委員会 様

年 月 日 時 分現在

学校名 (調理場名)	
校長名 (場長名)	

作成者 職・氏名		連絡先	— —
ヒヤリハット 事例報告者	職 名		氏 名
発生日時			
発生場所			
内 容 ※必要に応じて別紙提出			
再発防止 対応策 ※必要に応じて別紙提出			
その他 参考事項			

【報告を要するヒヤリハットの内容】

- ① 児童生徒の健康に被害があるおそれがあった場合
- ② 類似事例が多く発生することが考えられる場合
- ③ 事故防止を受けた今後の対応が、他校・他施設と共有したいものである場合

学校長 様

学 校 名 _____

学 年 ・ 組 _____ 学年 _____ 組 _____

児童生徒氏名 _____

保 護 者 氏 名 _____

電 話 番 号 _____

食物アレルギー負荷試験に伴う学校給食用物資使用の依頼について

食物アレルギー負荷試験に使用したいので、学校給食物資の提供をお願いいたします。

なお、使用にあたっては食材の安全衛生管理には十分配慮し、喫食や食物アレルギー負荷試験の結果についても保護者の責任で行うことを確約します。

記

1 給食物資名 (_____ 年 _____ 月 _____ 日献立分)

2 使用目的

食物アレルギー負荷試験

3 作り方資料 (大量調理を前提としたものです。)

希望する

希望しない

※ 裏面の留意事項をお読みください。

食物アレルギー負荷試験に伴う学校給食用物資使用の留意事項

稲沢市教育委員会

庶務課・学校教育課

学校給食用物資の校外への持ち出しは、学校給食衛生管理基準（文部科学省平成21年4月1日改正）に基づき稲沢市では原則として禁止していますが、下記の条件で食物アレルギー負荷試験での使用を認めます。

- 1 提供できるのは、学校給食用物資の加工食品が対象となります。野菜や肉などの一般に調達可能な食材は対象としません。
- 2 原則として、調理加熱を行わずそのままの状態でお渡しします。献立表と食材内容明細書で、調味料などにも食物アレルギーの原因食材が無いか御確認ください。
- 3 希望により、作り方の資料を添付することができます。ただし、大量調理を前提としたものです。
- 4 依頼書は、学校へ提出してください。
- 5 対象の食材が準備できたら、電話連絡いたしますので日程調整のうえ保護者が学校及び給食センター等へ取りに来てください。
- 6 対象の食材が冷蔵品の場合は10° C以下で保冷できる保冷バック等、冷凍品の場合は0° C以下に保冷できるものを御準備ください。
- 7 調理は、児童生徒の診察日・時間に合わせて保護者が行ってください。
- 8 喫食する場合は、必ず主治医の立合いのもとで喫食させてください。
- 9 負荷試験への給食物資の提供は学校生活管理指導表を提出した方のみ実施します。
- 10 食材によっては有料となる場合があります。
- 11 その他、詳細については学校にお問い合わせください。