

様 式 集

学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）		
	様式番号	帳票名等
食 物 ア レ ル ギ ー 用  様 式  (例)	様式 1 表	児童生徒の「食物アレルギーに関する調査について」（お願い）
	様式 1 裏	「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の提出について（保護者向け）
	様式 1 別紙	食物アレルギーに関する調査票
	様式 2 - 1	食物アレルギー対応申請書（新規・継続）
	様式 2 - 2	食物アレルギー対応申請書（変更・中止）
	様式 3 表・裏	食物アレルギーの経過及び対応状況申告書
	様式 4	家庭における除去申告書（保護者記入用）
	様式 5 表・裏	面談記録票（個人調査票）
	様式 6 表・裏	個別の取組プラン（案・決定）
	様式 7	緊急時個別対応マニュアル
	様式 8 - 1	学校給食における食物アレルギー対応について（報告）
	様式 8 - 2	学校給食における食物アレルギー対応について（報告） 変更・中止用
	様式 9	学校給食における食物アレルギー対応の決定について（通知） 市町村教育委員会⇒学校長及び保護者宛
	様式 10	食物アレルギー対応におけるヒヤリハット報告書
	既 存 の 様 式	様式 8
様式 10		児童生徒の事故発生状況報告書
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）

表 学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)

名前 \_\_\_\_\_ 男・女 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 ( \_\_\_\_\_ 歳) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 提出日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

病型・治療		学校生活上の留意点	
<b>気管支ぜん息 (あり・なし)</b> <b>A. 重症度分類 (発作型)</b> 1. 間欠型 2. 軽症持続型 3. 中等症持続型 4. 重症持続型 <b>B-1. 長期管理薬 (吸入薬)</b> 1. ステロイド吸入薬 2. 長時間作用性吸入ベータ刺激薬 3. 吸入抗アレルギー薬 ([インタール®]) 4. その他 ( ) <b>B-2. 長期管理薬 (内服薬・貼付薬)</b> 1. テオフィリン徐放製剤 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 3. ベータ刺激内服薬・貼付薬 4. その他 ( )	<b>C. 急性発作治療薬</b> 1. ベータ刺激薬吸入 2. ベータ刺激薬内服 <b>D. 急性発作時の対応 (自由記載)</b>	<b>学校生活上の留意点</b> <b>A. 運動 (体育・部活動等)</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. 強い運動は不可 <b>B. 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動</b> 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名 ( ) <b>C. 宿泊を伴う校外活動</b> 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 <b>D. その他の配慮・管理事項 (自由記載)</b>	★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 _____ (印) 医療機関名 _____
<b>アトピー性皮膚炎 (あり・なし)</b> <b>A. 重症度のめやす (厚生労働科学研究班)</b> 1. 軽症：面癩に関わらず、軽度の皮疹のみみられる。 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。 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。 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。 *軽度の皮疹：紅斑、乾癬、皰腫、漆原主体の皰疹 *強い炎症を伴う皮疹：紅斑、丘疹、びらん、滲淵、苔癬化などを伴う皰疹 <b>B-1. 常用する外用薬</b> 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 ( ) <b>B-2. 常用する内服薬</b> 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他 ( ) <b>C. 食物アレルギーの合併</b> 1. あり 2. なし	<b>学校生活上の留意点</b> <b>A. フール指導及び長時間の紫外線下での活動</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 <b>B. 動物との接触</b> 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名 ( ) <b>C. 発汗後</b> 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. (学校施設で可能な場合) 夏季シャワー浴 <b>D. その他の配慮・管理事項 (自由記載)</b>	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ (印) 医療機関名 _____	
<b>アレルギー性結膜炎 (あり・なし)</b> <b>A. 病型</b> 1. 通年性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 ( ) <b>B. 治療</b> 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 ( )	<b>学校生活上の留意点</b> <b>A. フール指導</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. プールへの入水不可 <b>B. 屋外活動</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 <b>C. その他の配慮・管理事項 (自由記載)</b>	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ (印) 医療機関名 _____	

(助) 日本学校保健会作成

病型・治療		緊急時連絡先	
<b>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）</b> A. 即時型 1. 口腔アレルギー症候群 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 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） 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（ _____ ） 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 〈 〉 2. 牛乳・乳製品 〈 〉 3. 小麦 〈 〉 4. ソバ 〈 〉 5. ピーナッツ 〈 〉 6. 種実類・木の実類 〈 〉 7. 甲殻類（エビ・カニ） 〈 〉 8. 果物類 〈 〉 9. 魚類 〈 〉 10. 肉類 〈 〉 11. その他1 〈 〉 12. その他2 〈 〉 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（「エピペン®」） 3. その他（ _____ ）		<b>★保護者</b> 電話： _____ <b>★連絡医療機関</b> 医療機関名： _____ 電話： _____	
<b>病型・治療</b> A. 病型 1. 通年性アレルギー性鼻炎 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 B. 治療 1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬（内服） 2. 鼻噴霧用ステロイド薬 3. その他（ _____ ）		<b>学校生活上の留意点</b> A. 給食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. 食物・食材を扱う授業・活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 C. 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 D. 宿泊を伴う校外活動 1. 配慮不要 2. 食事やイベントの際に配慮が必要 E. その他の配慮・管理事項（自由記載）	
<b>アレルギー性鼻炎</b> （あり・なし）		<b>学校生活上の留意点</b> 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____	

●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。

1. 同意する
2. 同意しない

保護者署名： \_\_\_\_\_

保 護 者 様

〇〇市教育委員会  
〇〇市立〇〇小学校

児童生徒の「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生徒について、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、別紙「食物アレルギーに関する調査票」に必要事項を記入の上、\_\_\_\_月\_\_\_\_日（\_\_\_\_）までに学校へ必ず提出してください。

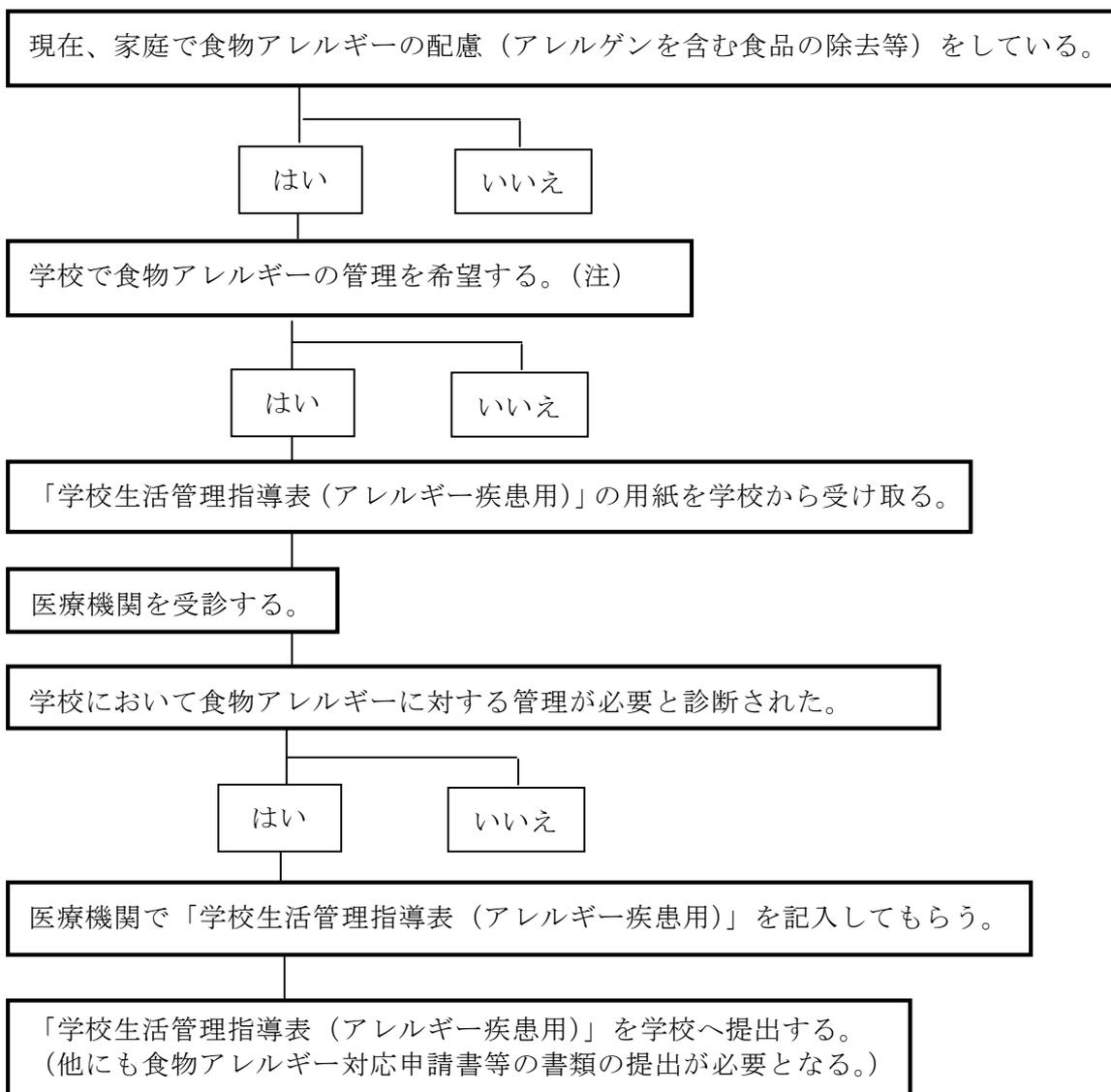
なお、児童生徒個々の学校における食物アレルギーの管理については、後日提出していただく「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」や食物アレルギー対応申請書等の書類、面談などの結果を踏まえて、市及び学校で開催する「食物アレルギーに関する検討委員会」において決定します。

○「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生徒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。提出に当たっては、裏面のフローチャートを参考にしてください。

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）がかかります。（保護者負担となります。）

## 「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の提出について（保護者向け）



## 【学校での食物アレルギーの管理について】

学校給食（給食の時間）、食品を扱う授業や活動、体育・部活動等運動を伴う授業や活動、校外活動（特に宿泊を伴う校外活動）等において、誤食を防止したり、体調の変化に応じた対応をしたりする必要があり、対応のための取組を行う場合を指します。

なお、エピペン®を処方されている場合は、学校での対応が必要となりますので、「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の提出を必ずお願いします。

また、食物アレルギー対応に関する委員会等において、学校での食物アレルギーの管理が必要であると判断された場合は、「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の提出をお願いすることもあります。

## 食物アレルギーに関する調査票

学校名 \_\_\_\_\_ 学校 \_\_\_\_\_

児童生徒氏名 <sup>ふりがな</sup> \_\_\_\_\_

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、以下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 食物アレルギーの原因食品は何ですか。

[ \_\_\_\_\_ ]

問3 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4 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5 食物アレルギーに関して、医療機関を受診していますか。

- ( ) 定期的を受診している。（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6 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

問7 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
- ⇩ 希望する場合は、問8もお答えください。

問8 学校給食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

## ※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。

## 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

立 学校長 様

保護者氏名 印

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）
  - ・ 食物アレルギーの経過及び対応状況申告書【様式3】
  - ・ 家庭における除去申告書【様式4】
- 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		



食物アレルギーの経過及び対応状況申告書

申告日 年 月 日

立 \_\_\_\_\_ 学校長 様

ふりがな

児童生徒氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

1 児童生徒の食物アレルギー対応を申請するに当たり、これまでの経過及び希望する対応について、以下のとおり申告します。(該当する項目全てに☑)

原因食品	希望する対応	摂取時に経験した症状	血液検査等
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> えび・かに <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 学校給食 <input type="checkbox"/> 完全弁当 <input type="checkbox"/> 給食対応 <input type="checkbox"/> 食品を扱う授業・活動 <input type="checkbox"/> 体育・部運動等運動 <input type="checkbox"/> 校外活動(宿泊含む) <input type="checkbox"/> その他注意事項 ( )	<input type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、ぜん鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他( ) 症状確認時期 年 月頃	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> えび・かに <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 学校給食 <input type="checkbox"/> 完全弁当 <input type="checkbox"/> 給食対応 <input type="checkbox"/> 食品を扱う授業・活動 <input type="checkbox"/> 体育・部運動等運動 <input type="checkbox"/> 校外活動(宿泊含む) <input type="checkbox"/> その他注意事項 ( )	<input type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、ぜん鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他( ) 症状確認時期 年 月頃	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施

※裏面に続く(欄が不足する場合に使用する。)

2 食物アレルギーについての受診状況は以下のとおりです。(該当する項目全てに☑)

医療機関名 _____ 医師名 _____
<input type="checkbox"/> この申告書は、上記の医師の確認を受けています。 <input type="checkbox"/> 上記の医療機関には(およそ _____ ヶ月ごと・年1回以上・必要時)に受診しています。 <input type="checkbox"/> 最後に受診した時期は(平成 年 月 日)です。 <input type="checkbox"/> 緊急時に使用するため、下記の薬剤を処方されています。 <input type="checkbox"/> エピペン® <input type="checkbox"/> 飲み薬* <input type="checkbox"/> 吸入薬* ※薬品名( ) <input type="checkbox"/> 必要により、学校から医療機関へ診療情報を照会することを了承します。

原因食品	希望する対応	摂取時に経験した症状	血液検査等
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> えび・かに <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 学校給食 <input type="checkbox"/> 完全弁当 <input type="checkbox"/> 給食対応 <input type="checkbox"/> 食品を扱う授業・活動 <input type="checkbox"/> 体育・部運動等運動 <input type="checkbox"/> 校外活動(宿泊含む) <input type="checkbox"/> その他注意事項 ( )	<input type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、ぜん鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他( ) 症状確認時期 年 月頃	<input type="checkbox"/> 陽性  <input type="checkbox"/> 陰性  <input type="checkbox"/> 未実施
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> えび・かに <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 学校給食 <input type="checkbox"/> 完全弁当 <input type="checkbox"/> 給食対応 <input type="checkbox"/> 食品を扱う授業・活動 <input type="checkbox"/> 体育・部運動等運動 <input type="checkbox"/> 校外活動(宿泊含む) <input type="checkbox"/> その他注意事項 ( )	<input type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、ぜん鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他( ) 症状確認時期 年 月頃	<input type="checkbox"/> 陽性  <input type="checkbox"/> 陰性  <input type="checkbox"/> 未実施
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> えび・かに <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 学校給食 <input type="checkbox"/> 完全弁当 <input type="checkbox"/> 給食対応 <input type="checkbox"/> 食品を扱う授業・活動 <input type="checkbox"/> 体育・部運動等運動 <input type="checkbox"/> 校外活動(宿泊含む) <input type="checkbox"/> その他注意事項 ( )	<input type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、ぜん鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他( ) 症状確認時期 年 月頃	<input type="checkbox"/> 陽性  <input type="checkbox"/> 陰性  <input type="checkbox"/> 未実施
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> えび・かに <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 学校給食 <input type="checkbox"/> 完全弁当 <input type="checkbox"/> 給食対応 <input type="checkbox"/> 食品を扱う授業・活動 <input type="checkbox"/> 体育・部運動等運動 <input type="checkbox"/> 校外活動(宿泊含む) <input type="checkbox"/> その他注意事項 ( )	<input type="checkbox"/> 発赤、じんましんなど即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、ぜん鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他( ) 症状確認時期 年 月頃	<input type="checkbox"/> 陽性  <input type="checkbox"/> 陰性  <input type="checkbox"/> 未実施

3 その他特記事項 (解除により対応を中止する場合はこの欄に記入してください。)

家庭における除去申告書 (保護者記入用)

この資料は、家庭で除去されているものを確認して、学校における食物アレルギー対応の参考とします。家庭で食べているものに○、食べていないものに×を( )に記入してください。同じ欄に○×が混在している場合は、食品ごとに記入していただいても構いません。

卵

食品区分	食品リスト	○ ×
4	生卵、生の卵白が含まれる食品 (一部のシャーベット、一部のホイップクリーム など)	( )
3	加熱した卵料理 (ゆで卵、卵焼き、オムレツ、目玉焼きなど)	( )
	生の卵黄が含まれる食品 (アイスクリーム、マヨネーズ、カスタードクリーム など)	( )
2	加熱した卵白が相当量含まれる食品 (プリン、茶碗蒸し、卵とじ、玉子スープ など)	( )
	加熱した卵が含まれる食品 (ケーキ、カステラ、クッキー、菓子パン、ドーナツ、天ぷら・フライなどの衣 など)	( )
1	つなぎに卵が含まれる食品 (かまぼこ、ちくわ、ハム、ソーセージ、中華麺 など)	( )
1	全卵を極めて微量に含む食品 (一部の食パン、天ぷら粉、麺類のつなぎ)	( )

牛乳・乳製品

食品区分	食品リスト	○ ×
4	生の牛乳、牛乳を主原料とした食品 (牛乳、調整粉乳、練乳 など)	( )
	生の牛乳を用いた食品 (生クリーム、アイスクリーム など)	( )
3	牛乳が相当量含まれる食品 (プリン、パバロア、クリームシチュー、ホワイトソース、ポタージュ など)	( )
	チーズ、ヨーグルト、バターやこれらを主要な原材料として用いた食品	( )
2	牛乳を多く用いたお菓子類 (ケーキ、菓子パン、チョコレート、ドーナツ、カステラ など)	( )
	つなぎにカゼインを使用した食品 (一部のハム、ソーセージ など)	( )
1	乳を含むマーガリン、ショートニング	( )
	牛乳やバターが少量含まれる食品 (食パン、ビスケット、クッキー など)	( )
	乳糖	( )

小麦・麦製品

食品区分	食品リスト	○ ×
3	小麦を主成分とした食品 (パン、うどん、パスタ、中華麺、麩、ケーキ など)	( )
2	小麦を少量使用した食品 (肉・練り製品のつなぎ、カレーなどのルー、フライや天ぷらの衣、麦ごはんなど)	( )
1	味噌、しょうゆ、酢	( )

立 学校 年 組 氏名

記入日 年 月 日 保護者氏名 印

肉類

食品区分	食品リスト	○ ×
2	肉そのもの(牛肉、鶏肉、豚肉 など)	( )
1	肉・骨などを使用したスープ(コンソメ、ルー など)	( )

魚介類・甲殻類

食品区分	食品リスト	○ ×
2	甲殻類・魚そのもの (えび、かに、いか、魚、貝 など)	( )
1	魚介類を使用したスープなど (だし、ソースの一部 など)	( )
その他	魚卵 (子持ちししゃも、たらこ など)	( )
備考(×な魚介類を列記)		

大豆・大豆加工品および豆類

食品区分	食品リスト	○ ×
3	大豆、枝豆、おから	( )
2	豆乳、豆腐、厚揚げ、油揚げ、がんもどき など	( )
	納豆、きな粉、またその加工品	( )
	市販植物油のほとんど (大豆油、天ぷら油、サラダ油など)	( )
1	マーガリン、ルー	( )
	豆類(あずき、もやし、インゲン豆、グリーンピース など)	( )
	味噌、しょうゆ など	( )

その他 : ×の食材をチェックして、具体的な品名を列記して下さい。

□野菜 □果物 □そば □米 □ナッツ類 □ごま □その他



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	摂取時に表 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 表 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			
	③	学校給食:ア 無配膳対応、イ 除去食提供対応、ウ代替食対応(単品)、エ 代替食対応(調理) オ 一部弁当持参			
	④	食品を扱う授業・活動			
	⑤	体育・部活動等の運動を伴う授業や活動			
	⑥	校外活動(宿泊を伴う校外活動を含む)			
	⑦	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	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	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	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®	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	
	詳細な献立表の連絡 方法	
	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		

個別の取組プラン（案・決定）

取組プラン案作成日 年 月 日  
 取組プラン決定日 年 月 日  
 保護者説明・協議日 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 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

- 1 「個別の取組プラン」【様式6】「緊急時個別対応マニュアル」【様式7】の内容に基づいて学校での対応を行うこと。
- 2 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。
- 3 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	
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:		
	FAX 番号		②(携帯・勤務先・その他) (続柄 ) ※ 連絡先の名称等:		
保護者 住所	〒 _____				
主治医	医療機関名( _____ ) 主治医名( _____ ) 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:		
アシー ナ フ イ ラ キ 往	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:		
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

発作時の対応	発作時の対応手順		
	治療薬	内服薬	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	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	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®	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		
	詳細な献立表の連絡方法		
	無配膳対応の対象となるアレルギー		
	除去食提供対応の対象となるアレルギー		
	代替食対応の対象となるアレルギー		
	弁当持参の有無等と保管方法		
	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			
*要記入年月日			

# 緊急時個別対応マニュアル

\_\_\_\_年 \_\_\_\_組 男・女 氏名 \_\_\_\_\_ 原因食品 ( \_\_\_\_\_ )

●**緊急時薬** 〈保管場所 \_\_\_\_\_〉

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・ゼーゼー・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**

保護者	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 _____ )

## 症状チェック!

\_\_\_\_時 \_\_\_\_分

**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 )

- ①体温 \_\_\_\_\_℃
- ②脈 \_\_\_\_\_回/分(不正 有・無)
- ③呼吸数 \_\_\_\_\_回/分
- ④血圧 最高 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 最低 \_\_\_\_\_

児童生徒の  
顔写真

**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 )

**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**

- 顔全体の腫れ
- まぶたの腫れ

( \_\_\_\_時 \_\_\_\_分 )

- 目のかゆみ・充血
- 口の中の違和感・腫れ
- くしゃみ・鼻水・鼻づまり

( \_\_\_\_時 \_\_\_\_分 )

**皮膚**

- 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 )

上記の症状が  
1つでもあてはまる場合

1つでもあてはまる場合

- ① エピペン使用
- ② 救急車要請
- ③ ショック体位
- ④ 心肺停止?  
→心肺蘇生・AED

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
- ③ エピペン準備
- ④ 医療機関へ(救急車考慮)

1つでもあてはまる場合

- ① 保健室で経過観察
- ② 緊急時薬使用
- ③ 保護者に連絡

参考：  
東京都「食物アレルギー緊急時対応マニュアル」  
名古屋市「アレルギー緊急時対応マニュアル」

教育委員会 様

立 学校長

## 学校給食における食物アレルギー対応について（報告）

本校児童生徒の保護者から、学校給食における食物アレルギー対応について申請があり、校内の食物アレルギー対応に関する委員会において検討しましたので、結果を下記のとおり報告します。

## 記

ふりがな 児童生徒 氏名 (生年月日)	( 年 月 日 )	性 別	男 ・ 女
		保護者名	
現 住 所 (電話番号)	(電話 )		
在 籍 校 名 学級担任名	立 学校 年 組 担任名		
学校給食で の対応内容  該当する番号 に○を付ける 1は必ず対応	1 詳細な献立表対応 (アレルギー: ) 2 無配膳対応 (アレルギー: ) 3 除去食提供対応 (アレルギー: ) 4 代替食対応(調理) (アレルギー: ) 5 代替食対応(単品) (アレルギー: ) 6 一部弁当持参 ( ) 7 完全弁当		
特記事項			

〔添付書類〕

学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

個別の取組プラン（案・決定）様式 6

緊急時個別対応マニュアル 様式 7

教育委員会 様

立 学校長

## 学校給食における食物アレルギー対応について（報告）

本校児童生徒の保護者から、学校給食における食物アレルギー対応について（変更・中止）の申請があり、校内の食物アレルギー対応に関する委員会において検討しましたので、結果を下記のとおり報告します。

## 記

ふりがな 児童生徒 氏名 (生年月日)	( 年 月 日 )	性 別	男 ・ 女
		保護者名	
現 住 所 (電話番号)	(電話 )		
在 籍 校 名 学級担任名	立 学校 年 組 担任名		
学校給食で の対応内容  該当する番号 に○を付ける 1は必ず対応	1 詳細な献立表対応 (アレルギー: ) 2 無配膳対応 (アレルギー: ) 3 除去食提供対応 (アレルギー: ) 4 代替食対応(調理) (アレルギー: ) 5 代替食対応(単品) (アレルギー: ) 6 一部弁当持参 ( ) 7 完全弁当		
特記事項			

## 〔添付書類〕

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り全て中止の場合は食物アレルギーの経過及び対応申告書

個別の取組プラン（案・決定）様式 6

緊急時個別対応マニュアル 様式 7

} 学校における食物アレルギー対応が  
全て中止の場合は必要ありません。

年 月 日

学校長 様  
 ( 保護者 )

教育委員会

## 学校給食における食物アレルギー対応の決定について (通知)

年 月 日付で申請のあった学校給食における食物アレルギー対応については、下記のとおり決定しました。

## 記

学校名	学年組	年 組
児童生徒 氏 名		
対応開始 月 日	年 月 日から	
学校給食での 対応内容		
理由 〔申請と異なる 対応の場合〕		

※ 学校給食での対応を行わない場合は、「学校給食での対応内容」欄にその旨記載する。

## 食物アレルギー対応におけるヒヤリハット報告書

殿

平成 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

様式 8

児童生徒の事故発生速報

健康学習課長 殿

平成 年 月 日 時 分現在

学校名	
校長名	

作成者 職・氏名		連絡先	— —
児童生徒 氏名	フリガナ 氏名	性別	課程 学年
事故の種類	* 「交通事故」「〇〇からの転落事故」等把握している状況を具体的に記載。		
傷害等の程度	* 「〇〇による死亡」「〇〇による重傷」等把握している状況を具体的に記載。 * 「重傷」は1ヶ月以上の治療見込み。		
発生日時		学校管理 下・管理外の 別	
発生場所			
事故の内容			
発生後の対応			
その他 参考事項			

【報告を要する事故の内容】

- ① 本人が死亡またはそのおそれがある場合
- ② 相手に傷害を与えた場合
- ③ 本人が治療のため入院した場合
- ④ 本人の完治までおよそ1ヶ月以上要する場合
- ⑤ 本人が自殺または自殺を企図した場合
- ⑥ 事故が報道対象またはそのおそれがある場合
- ⑦ その他校長が報告を必要と判断した場合

様式 10

児童生徒の事故発生状況報告書

健康学習課長 殿

平成 年 月 日

学校名	
校長名	
連絡先	— —

児童生徒	フリガナ 氏名	性 別	課程 学年
事故の種類	生年月 年 月 日生 ( 歳)		
傷害等の程			
発生日時		時間帯	
発生場所			
事故の内容	(原因・状況等について記載し、必要に応じて、図面を別に添付する。 ※交通事故の場合は、本人及び相手の交通手段・過失状況についても具体的に記載す		
発生後の対応			
その他 参考事項			

\* 「時間帯」… (教科名) 授業中・放課中・部活動中・学校行事中・登下校中・登校前・下校後・休日等を記入する。

様式 1(1)

学校給食の事故報告書（速報）

報告日：平成 年 月 日（ ）

ふりがな 学 校 名	ふりがな 校長氏名	
報告者職・氏名	電話番号	
在 籍 数		
事 故 の 種 類	異物混入 異味・異臭 その他（ ）	
児童生徒等の 被 害 状 況		
品 名	(1) 主食（ ）(2) 牛乳 (3) おかず等（ ）	
製造者の住所 及 び 氏 名		
期 限 表 示 該当するものに○	賞味期限・消費期限	製造年月日
事故の概要等  *時系列で記入 *発見者・対応者 等の職・氏名を 記入  *異物混入の場 合は、 異物の大きさ 等が 分かる写真等 を添付		

\*児童生徒等に健康被害がある場合及び健康被害が生じるおそれがある場合は、保健所・県教育委員会へ速やかに連絡すること。

\*報道発表等する場合は、保健所・県教育委員会へ事前に連絡すること。

\*保護者あての文書がある場合は添付すること。

様式 1(2)

学校給食の事故報告書（終えん）

報告日：平成 年 月 日（ ）

ふりがな 学 校 名	ふりがな 校長氏名	
報告者職・氏名	電話番号	
在 籍 数		
事 故 の 種 類	異物混入 異味・異臭 その他（ ）	
児童生徒等の 被 害 状 況		
品 名	(1) 主食（ ）(2) 牛乳 (3) おかず等（ ）	
製造者の住所 及 び 氏 名		
期 限 表 示 該当するものに○	賞味期限・消費期限	製造年月日
事 故 の 内 容		
発 生 後 の 対 応 *時系列で記入 *対応者も記入		
再 発 防 止 対 策		

\*調査報告書・改善報告書等がある場合は添付すること。