

千早赤阪村
学校給食における
食物アレルギー対応の手引き
(様式集)

令和6年3月
千早赤阪村教育委員会

食物アレルギー対応食 実施申請書

千早赤阪村教育委員会 様

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者名 _____

食物アレルギーによる学校給食の対応について、下記のとおり学校生活管理指導表等を添えて申請します。
 なお、食物アレルギー対応食の実施にあたり、微量混入（コンタミネーション）の可能性のあることに同意いたします。

記

(ふりがな) 児童・生徒 氏名		生年 月日	年 月 日
学 校 名		年組	年 組
住 所	〒	電話 番号	
緊急連絡先 (上から優先順に)	続柄 ()	電話 番号	
	続柄 ()	電話 番号	
	続柄 ()	電話 番号	
かかりつけ 医療機関		電話 番号	

希望する対応内容 (該当項目にチェック)	<input type="checkbox"/> 対応食希望 <input type="checkbox"/> 給食停止希望 <input type="checkbox"/> 対応食を解除し、通常食希望
-------------------------	---

ご家庭における食物除去の程度

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

学校 _____ 年 _____ 組 児童・生徒名 _____

保護者名 _____

該当する箇所に○×をつけるか、記入をしてください。

食品名、調理形態など		食べて、症状が出たことが ない→○ ある→×	左の食品に関して、現在、 ご家庭で行っている対応	摂取した ことがない → <input checked="" type="checkbox"/>
例	生卵・半熟卵・マヨネーズなど	×	除去している	
	熱を加えた卵料理（ゆで卵、卵焼きなど）	×	食べられるようになった	
1. 鶏卵	生卵・半熟卵・マヨネーズなど			
	熱を加えた卵料理（ゆで卵、卵焼きなど）			
	卵を使用した加工品（パン、焼き菓子など）			
	ごく微量の卵			
2. 牛乳	牛乳・ヨーグルト・チーズなど			
	熱を加えた乳料理（シチューなど）			
	乳を使用した加工品（パン、焼き菓子など）			
	ごく微量の乳（バター含む）			
3. 小麦	小麦粉製品（パン、うどん、パスタなど）			
	小麦粉を使用した加工品（シチューなど）			
	ごく微量の小麦			
4.	ソバ			
5.	ピーナッツ			
6. エビカニ	生のエビ、カニ			
	熱を加えたエビ、カニ料理			
	ごく微量のエビカニ			
7.	木の実類			
8.	果物類			
9.	魚類			
10.	肉類			
11.	その他 1			
12.	その他 2			

面 談 調 書

児童生徒氏名		生年 月 日	年 月 日	在籍 校名	
保護者氏名		続柄		連絡先	
面談者氏名				面談日	年 月 日
調書作成者 氏名				調書 作成日	年 月 日

学校確認欄

無	有	確認事項（有の場合は具体的内容を記入）
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	学校生活管理指導表の確認（様式1）
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医療機関への受診状況（頻度、検査状況など） （ ）
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	過去に経験した具体的な食物アレルギー症状は 初 発（ ）才頃、（ ）を食べて、症状は（ ） その他（ ）
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	アナフィラキシーの経験は 回 数（ ）回 最後の発症は（ ）年 月 日） 具体的症状（ ） 原 因（ ） 医師から注意するよう言われている症状（ ） アナフィラキシーショックの有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食物アレルギーの原因食品は （ ）
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その症状は （ ） （ ） （ ）
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家庭における食物除去の程度の確認（様式3）
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	アレルギーと診断された食品以外にも、「心配だから」「念のために」制限しているものがないか （ ）
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食物以外のアレルギー疾患は （ ）
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	現在、アレルギー疾患治療のために使用している薬は 内服薬（ ） 注射薬（ ） 吸入薬（ ） その他（ ） 外用薬（ ）
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	学校に携帯を希望する薬はあるか、またその管理方法は 薬品名（ ） 管理方法（ ）
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	運動で発症したことがあるか →食事との関連 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 原因食物（ ）
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食物・食材を扱う授業・活動に配慮は必要か （ ）
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	運動（体育・部活動等）に配慮は必要か （ ）

学校確認欄（続き）

無	有	確認事項（有の場合は具体的内容を記入）
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	宿泊を伴う校外活動に配慮は必要か （ ）
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他、学校における配慮事項及び具体的な対応（給食当番、掃除当番、本人への指導など） （ ）
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	保護者への連絡方法の確認（様式2） （ ）
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	緊急時の医療機関への受診方法、連絡方法の確認 （ ）
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	対応内容を教職員で情報共有すること、また、対応状況を他の児童生徒に理解させることについての同意

給食センター確認欄

無	有	確認事項（有の場合は具体的内容を記入）
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	対応の原則、および対応食内容の原則の説明（手引き 11 頁）
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	対応例の説明（手引き 12 頁）
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	調理および食缶、食器について説明（手引き 13 頁） 特に、コンタミネーションの可能性は排除できない事も説明
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	配送および確認について説明（手引き 14 頁） 特に、毎月 15 日頃の面談と、家庭での対応表作成の協力が可能か確認
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	配膳および喫食について説明（手引き 15 頁） 特に、対応食提供時はおかわりができない事を確認（かわりに対応食は少し多めに配食）
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	対応食実施希望の有無（様式 2）
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	今後の予定の説明（手引き 7 頁）

備考欄

--

食物アレルギー対応食 決定通知書

年 月 日

保護者様

千早赤阪村教育委員会

食物アレルギーによる学校給食の対応について、下記のとおり決定しましたので、お知らせいたします。

記

(ふりがな) 児童・生徒 氏名		生年 月日	年 月 日
学 校 名		年組	年 組

対応開始日	年 月 日
対応内容	<input type="checkbox"/> 対応食を提供 <input type="checkbox"/> 給食停止 <input type="checkbox"/> 対応食を解除し、通常食を提供
除去食品	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

個別取り組みプラン 《食物アレルギー》 〇〇年度

	学校	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日
年	組			年 月 日生

原因食物 該当するものに○をつける

鶏卵、牛乳・乳製品、小麦、ソバ、ピーナッツ、エビ、カニ、木の実類 ()、 果物類 ()、魚類 ()、肉類 ()、その他 ()

症 状 該当するものに○をつける

主 症 状	皮膚、粘膜、口腔、消化器、呼吸器、ショック、不明、その他 ()
アナフィラキシー	有 、 無
運動との関連	有 、 無

学校生活における対応および配慮

給 食	
食物・食材を扱う 授 業 ・ 活 動	
運 動	
宿 泊 を 伴 う 校 外 活 動	
処 方 薬	
そ の 他	

作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

校長署名： _____ 保護者署名： _____

校外活動における食物アレルギーチェック表

年 組 名前

【原因食物】

(施設側への確認事項)

食事の配慮について	
<input type="checkbox"/>	事前に宿泊先や施設に対して食物アレルギー対応が必要な児童生徒等の情報提供のうえ、対応ができるかどうかを確認したか。
	【除去対応できる場合】
<input type="checkbox"/>	どこまでの対応が可能かを確認したか。 〔 <input type="checkbox"/> アレルゲンを含む献立の除去 / <input type="checkbox"/> 代替食対応 / <input type="checkbox"/> その他 ()〕
<input type="checkbox"/>	全ての食事において献立名・原材料を確認したか。(自由行動時含む)
	<input type="checkbox"/> 原材料一覧を取り寄せた。
	<input type="checkbox"/> 取り寄せた原材料一覧について、保護者、本人、学級担任、栄養教諭、養護教諭等と確認した。
<input type="checkbox"/>	厨房内での混入の可能性について確認したか。
<input type="checkbox"/>	当日の配席について確認したか。
その他の配慮について	
<input type="checkbox"/>	アレルゲンに触れる活動の有無について確認したか。(そば打ち、パン作り、魚をさばいて試食 など)
	<input type="checkbox"/> 有る場合は、活動内容の変更や当該児童生徒等分の活動について協議したか。
<input type="checkbox"/>	そばがら枕を使用していないか。
	<input type="checkbox"/> そばがら枕を使用している場合は、全員分の交換を依頼したか。

(校内での確認事項)

食事の配慮について	
<input type="checkbox"/>	除去食の内容、配席について保護者、本人及び校外学習に関わる全ての教職員と情報共有したか。
間食の配慮について	
<input type="checkbox"/>	移動中の喫食について確認したか。(新幹線乗車中等、救急搬送が行えない場所での喫食等について)
<input type="checkbox"/>	場合によっては、保護者がお菓子の原材料を確認したか確認する。
緊急時対応について	
<input type="checkbox"/>	エピペン [®] 、内服薬の管理方法を保護者、本人及び学校医、主治医と協議したか。
	<input type="checkbox"/> 医師の紹介状(診療情報提供書)を持参するか相談したか。
<input type="checkbox"/>	決定したエピペン [®] 、内服薬の管理方法を保護者、本人及び校外学習に関わる全ての教職員と共有したか。 *エピペン [®] を学校で管理する場合は、特定の教職員が児童生徒等と行動を共にすること。
<input type="checkbox"/>	緊急時の対応を保護者、本人及び校外活動に関わる全ての教職員と確認・共有したか。
	<input type="checkbox"/> 緊急時の連絡先を保護者に確認したか。
	<input type="checkbox"/> 緊急時の搬送先の病院を確認したか。
	<input type="checkbox"/> 緊急時の役割分担を確認したか。

緊急時個別対応カード

《食物アレルギー》 〇〇年度

	学校	ふりがな		男・女	生年月日	
年	組	氏名			年 月 日生	
原因食物				主症状		
アフラキシン 既往	有・無	エピペン® 保管場所	有・無 ()	内服薬 保管場所	有・無 ()	

緊急時連絡先

優先順	氏名（続柄）	電話番号	連絡先（該当するものに○）
1	()		自宅・携帯・職場 ()
2	()		自宅・携帯・職場 ()
3	()		自宅・携帯・職場 ()

保護者への連絡事項

※は代替りの連絡者でも可

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 状態の報告 | <input type="checkbox"/> 救急搬送先の報告 |
| <input type="checkbox"/> 主治医へ連絡すること、救急者を呼ぶことの了解 | <input type="checkbox"/> 保護者が学校へ来るよう依頼 ※ |
| <input type="checkbox"/> 内服薬・エピペン投与の了解 | <input type="checkbox"/> 救急搬送先へ来るよう依頼 ※ |

医療機関 連絡先

医療機関	医療機関名	電話番号	住所	科	医師名
主治医					
緊急時					

救急要請時の連絡事項

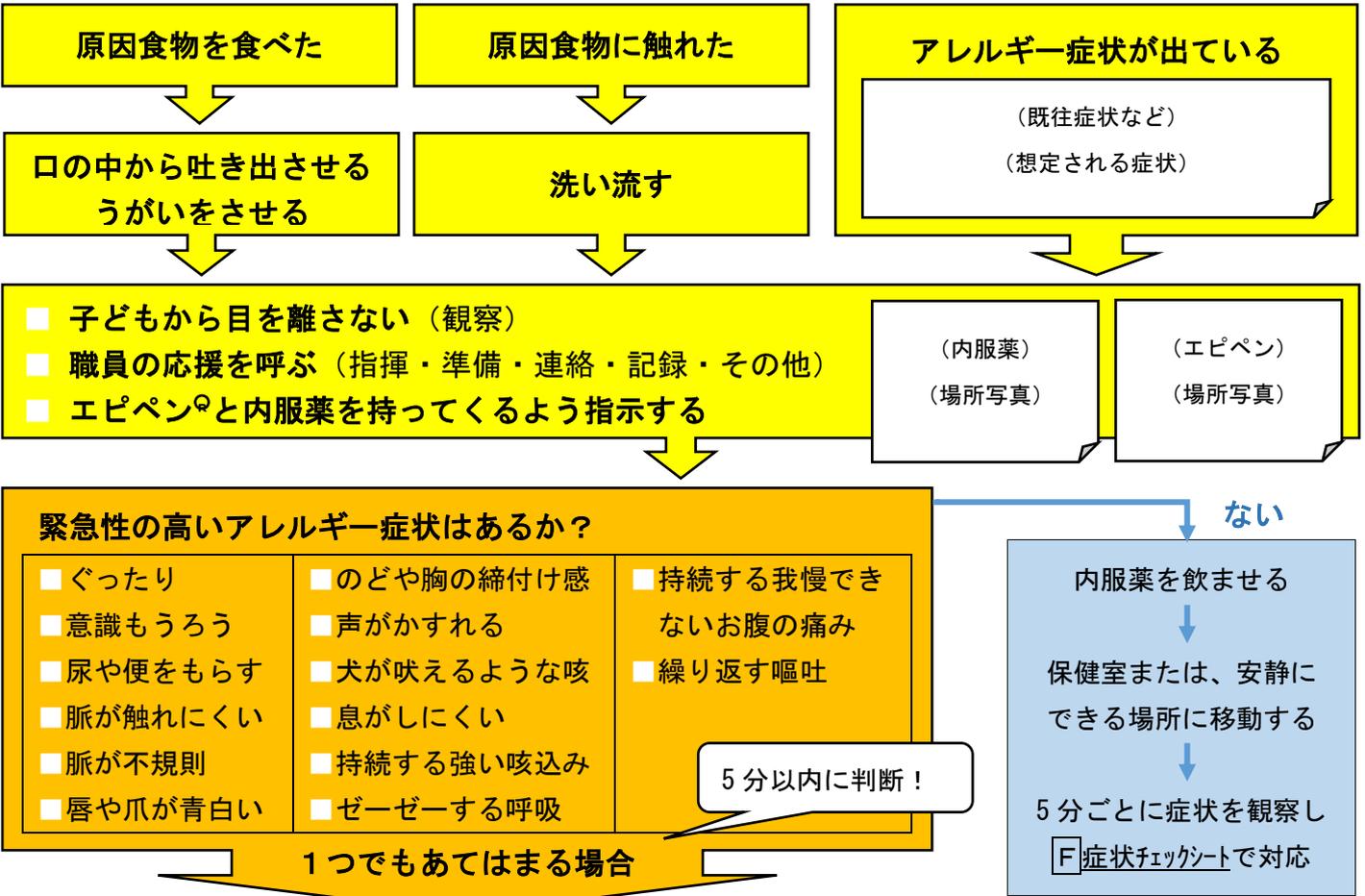
東京都食物アレルギー緊急時対応マニュアルD 頁参照

- 救急です
- 所在地を伝える ⇒ 千早赤阪村 () () 番地 () 学校・園
- いつ、だれが、どうして、現在どのような状態なのか伝える
⇒ () でアレルギー症状が出ている。
- 患者はエピペンを処方 ⇒ されています されていません
 - エピペンを注射 ⇒ 注射しました 注射していません
 - 意識は ⇒ あります ありません
 - 呼吸は ⇒ 普通です 苦しそうです ありません
 - じんましんは ⇒ 全身に出ています 体の一部に出ています ありません
 - 嘔吐や下痢は ⇒ あります ありません
- 通報者と連絡先を伝える ⇒ 通報者 ()、電話番号 ()

食物アレルギー 緊急時個別対応フローチャート

〇〇年度

学校 年 組	ふりがな 氏名	男・女	生年月日 年 月 日生	顔写真
原因食物など				



ただちにエピペン®を使用する！ → 使い方は裏面を見る

救急車（119番）を要請する！ → 連絡者は（様式7）緊急時個別対応カードを見る

<ul style="list-style-type: none"> ■ その場で安静にする 安静を保つ体位→ (立たせたり歩かせたりしない) ■ その場で救急隊を待つ ■ 可能なら内服薬を飲ませる 	<p>ぐったり、意識もうろうの場合</p>  <p>血圧が低下している可能性があるため仰向けで足を15~30cm高くする</p>	<p>吐き気、おう吐がある場合</p>  <p>おう吐物による窒息を防ぐため、体と顔を横に向ける</p>	<p>呼吸が苦しく仰向けに出来ない場合</p>  <p>呼吸を楽にするため、上半身を起こし後ろに寄りかかせる</p>
--	---	---	---

反応なく、呼吸がなければ心肺蘇生 → 東京都マニュアル E 心肺蘇生とAED手順

年 月 日

小学校長 様

千早赤阪村立学校給食センター

学校給食における食物アレルギー調査について（依頼）

標記について、下記の通り、保護者宛ての文書の配布及び回収を依頼します。

記

1. 対象者 村立中学校入学予定の小学6年生保護者
(現在対応中で継続予定の児童については別途配布するため除外)
2. 配布物 別紙 学校給食における食物アレルギー調査のお願い
3. 提出先 学校給食センター ○○
4. 期 日 年 月 日 ()

担 当 千早赤阪村立学校給食センター ○○

TEL 0721-72-1112

FAX 0721-72-1118

e-mail: kyusyoku-2@vill.chihayaakasaka.lg.jp

小学6年生 保護者の皆様

千早赤阪村立学校給食センター

学校給食における食物アレルギー調査のお願い

平素は、保護者の皆様方には、本村学校給食にご理解、ご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。
本村学校給食におきましては、食物アレルギーのあるお子様に対して、学校、保護者の方と連携しながら、可能な限り除去・代替給食の対応をさせていただいております。

さて、お子様が村立中学校に入学されるにあたり、食物アレルギーの状況を把握したいと考えています。つきましては、下記の項目に必要事項をご記入の上、 月 日 () までに、学校へご提出いただきますよう、お願いいたします。

担 当 千早赤阪村立学校給食センター ○○
TEL 0721-72-1112 FAX 0721-72-1118

様式9

小学校 6年 番 児童氏名 保護者氏名

(1) 食物アレルギーはありますか。 (はい ・ いいえ)

(2) (1)で はい と答えた方にお聞きします。

食物アレルギーがある場合、学校給食で配慮が必要な食物をご記入ください。

[]

(3) (1)で はい と答えた方にお聞きします。

除去・代替給食の対応を希望しますか。 (はい ・ いいえ)

※対応には医師の診断、給食センターとの毎月の面談等が必要になります。

(4) (3)で いいえ と答えた方にお聞きします。

食物アレルギーがある食品について、学校給食でどのような配慮が必要ですか。

- 保護者や児童生徒自身の判断で、原因食品を除いて食べる
- 一部または全て弁当を持参する

※給食に含まれる原因食品の確認は、献立予定表をもとにご家庭で行っていただきます。

※症状が重い場合やごく微量で発症する場合は、除去・代替給食の申請をお勧めします。

保護者 様

千早赤阪村立学校給食センター

学校給食における食物アレルギー調査のお願い

平素は、保護者の皆様方には、本村学校給食にご理解、ご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。
本村学校給食におきましては、食物アレルギーのあるお子様に対して、学校、保護者の方と連携しながら、可能な限り除去・代替給食の対応をさせていただいております。

さて、お子様が村立学校に入学されるにあたり、食物アレルギーの状況を把握したいと考えています。つきましては、下記の項目に必要な事項をご記入の上、 月 日 () までに、学校へご提出いただきますよう、お願いいたします。

担 当 千早赤阪村立学校給食センター ○○
TEL 0721-72-1112 FAX 0721-72-1118

様式 10

小・中 学校

年 番 児童・生徒氏名

保護者氏名

(1) 食物アレルギーはありますか。 (はい ・ いいえ)

(2) (1) で はい と答えた方にお聞きします。

食物アレルギーがある場合、学校給食で配慮が必要な食物をご記入ください。

[]

(3) (1) で はい と答えた方にお聞きします。

除去・代替給食の対応を希望しますか。 (はい ・ いいえ)

※対応には医師の診断、給食センターとの毎月の面談等が必要になります。

(4) (3) で いいえ と答えた方にお聞きします。

食物アレルギーがある食品について、学校給食でどのような配慮が必要ですか。

- 保護者や児童生徒自身の判断で、原因食品を除いて食べる
 一部または全て弁当を持参する

※給食に含まれる原因食品の確認は、献立予定表をもとにご家庭で行っていただきます。

※症状が重い場合やごく微量で発症する場合は、除去・代替給食の申請をお勧めします。