

千早赤阪村
学校における
食物アレルギー対応の手引き
(様式集)

令和 6 年 10 月
千早赤阪村教育委員会

学校における食物アレルギーに関する調査票

下の問いについて、該当する項目の□内に✓を、項目によっては（ ）内に必要事項をご記入ください。

問 1. 食物アレルギーはありますか。

- ☐ いいえ
☐ はい【医師の診断： ☐ 無 ☐ 有 → ☐ 現在も通院している ☐ 現在は通院していない 】

問 2. 食後、以下のような症状が出たことがありますか。ある場合、該当する項目全てに✓をつけてください。

- ☐ ない
☐ ある → ☐ じんましん、赤み、かゆみ ☐ 唇やまぶた等の顔面の腫れ
☐ 腹痛 ☐ 嘔吐・下痢 ☐ 鼻水、鼻づまり、咳
☐ その他（ ）
→ ☐ 食物名（ ）
→ ☐ 最終発症時期 年 月・（ ）頃

問 3. 運動で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

問 4. 現在、除去している食物はありますか。（診断の有無に関わらず）

- ☐ ない → 問 9 にすすんでください
☐ ある → 食物名（ ）

問 5. アナフィラキシーおよびアナフィラキシーショック（以下のような症状）を起こしたことがありますか。

- ☐ ない
☐ ある → （回数： 回、最後の発症年月： 年 月 ）
→ ☐ ぐったり、意識もうろう、尿や便をもらす
脈がふれにくいまたは不規則、唇や爪が青白い
☐ のどや胸が締め付けられる、声がかすれる、犬が吠えるような咳
息がしにくい、持続する強い咳き込み、ゼーゼーする呼吸
☐ 持続する強い（がまんできない）お腹の痛み、繰り返し吐き続ける
→ 医師から注意するように言われている症状（ ）

問 6. エピペン®を処方されていますか。

- ☐ いいえ
☐ はい → いくつ処方されていますか（ ）本
→ これまでの保管場所はどこですか。
☐ 本人が携帯 ☐ 学校園 ☐ その他（ ）

問 7. エピペン®以外で、食物アレルギーに関して、学校に持参する必要のある薬がありますか。

- ☐ ない
☐ ある → 薬品名（ ）

問 8. エピペン®や持参薬について、児童生徒等自身で管理及び使用ができますか。

- ☐ いいえ
☐ はい

問 9. その他、何か心配なこと、学校に伝えておきたいこと等がありましたらご記入ください。

（ ）

令和 年 月 日	児童生徒等名	保護者名
----------	--------	------

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 _____ 月 _____ 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	
アレルギー 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 アレルギー 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（ ） アレルギー 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 〈 〉 7. 木の果実 〈 〉 8. 果物類 〈 〉 9. 魚類 〈 〉 10. 肉類 〈 〉 11. その他1 〈 〉 12. その他2 〈 〉 アレルギー 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（ ）		アレルギー 給食 1. 管理不要 2. 管理必要 アレルギー 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要 アレルギー 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要 アレルギー 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 アレルギー 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・乳清精製カルシウム 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 アレルギー その他の配慮・管理事項（自由記述）	
★保護者		★保護者	
電話： _____		電話： _____	
★連絡医療機関		★連絡医療機関	
医療機関名： _____		医療機関名： _____	
電話： _____		電話： _____	
記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
医師名 _____		医師名 _____	
医療機関名 _____		医療機関名 _____	

病型・治療		学校生活上の留意点	
アレルギー 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良 アレルギー B-1 長期管理薬（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 アレルギー B-2 長期管理薬（内服） 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 2. その他 アレルギー B-3 長期管理薬（注射） 1. 生物学的製剤 アレルギー 発作時の対応 1. ベータ刺激薬吸入 2. ベータ刺激薬内服		アレルギー 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要 アレルギー 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 アレルギー 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 アレルギー その他の配慮・管理事項（自由記述）	
★保護者		★保護者	
電話： _____		電話： _____	
★連絡医療機関		★連絡医療機関	
医療機関名： _____		医療機関名： _____	
電話： _____		電話： _____	
記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
医師名 _____		医師名 _____	
医療機関名 _____		医療機関名 _____	

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

病型・治療		学校生活上の留意点		記載日
アトピー性皮膚炎 (あり・なし) A 重症度のめやす（厚生労働科学研究班） 1. 軽症：面積に関わらず、軽度の皮疹のみ見られる。 2. 中等症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満に見られる。 3. 重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満に見られる。 4. 最重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上に見られる。 *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		A フール指導及び長時間の紫外線下での活動 1. 管理不要 2. 管理必要 B 動物との接触 1. 管理不要 2. 管理必要 C 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要 回 その他の配慮・管理事項（自由記述）		医師名 _____ 医療機関名 _____
アレルギー性結膜炎 (あり・なし) A 病型 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 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（ _____ ）		病型・治療 B-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（ _____ ） B-2 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他（ _____ ） B-3 常用する注射薬 1. 生物学的製剤		医師名 _____ 医療機関名 _____
アレルギー性鼻炎 (あり・なし) 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. 舌下免疫療法（ダニ・スギ） 4. その他（ _____ ）		病型・治療 A 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 B その他の配慮・管理事項（自由記載）		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で共有することに同意します。

保護者氏名 _____

食物アレルギー対応 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等の対応について、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）の可能性が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	

希望する対応内容 (該当項目にチェック)	☐ 対応食を希望 ☐ 給食停止を希望（家庭から弁当持参） ☐ 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 ない→☑
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	
面談保護者氏名		続柄		連絡先	
面談者氏名				面談日	
調書作成者氏名				調書作成日	

(学校の確認事項)

様式の提出について	
☐	様式1「学校における食物アレルギーに関する調査票」は提出されているか。
☐	様式2「学校生活管理指導表」は提出されているか。
☐	様式3「食物アレルギー対応 実施申請書」は提出されているか。
☐	様式4「ご家庭における食物除去の程度」は提出されているか。
緊急時対応と同意について	
☐	緊急時の連絡先と優先順位を保護者に確認したか。
☐	緊急時の搬送先の病院や搬送方法を確認したか。
☐	緊急時の対応について確認したか。
☐	「学校生活管理指導表」の内容を教職員で共有することについて同意を得たか。
食物アレルギーの病型・治療について	
☐	アナフィラキシーおよびアナフィラキシーショックの有無・病型等について確認したか。
☐	アナフィラキシーに伴う、医師から注意するよう言われている症状について確認したか。
☐	食物アレルギーの病型および原因食物について確認したか。
☐	食物アレルギーの症状について確認したか。
☐	最後の受診と次回の受診予定について確認したか。
☐	チャレンジテストの予定について確認したか。
緊急時に備えた処方薬について	
☐	エピペン®、内服薬の有無について確認したか。
☐	エピペン®、内服薬の管理方法や児童生徒自身で利用できるかについて確認したか。
給食について	
☐	原因食物を除去する場合により厳しい除去が必要か確認したか。
☐	給食当番の配慮について確認したか。
☐	クラスへの指導について確認したか。
食材を扱う授業・活動について	
☐	吸込み・接触への配慮について確認したか。

運動（体育・部活動等）について	
☐	運動誘発性アナフィラキシーの有無と摂取後の運動について確認したか。
宿泊を伴う校外活動について（様式8）	
☐	エピペン®、内服薬等の持参薬について相談したか。
☐	食事・補食の配慮について相談したか。
☐	緊急時対応の連絡先・搬送先について相談したか。
☐	医師の紹介状（診療情報提供書）を持参するかについて相談したか。
宿泊を伴わない校外活動について（様式8）	
☐	エピペン®、内服薬等の持参薬について相談したか。
☐	食事・補食の配慮について相談したか。
☐	緊急時対応の連絡先・搬送先について相談したか。
その他のアレルギー疾患について	
☐	食物以外のアレルギー疾患について確認したか。
☐	食物以外のアレルギー疾患のための内服薬等の有無について確認したか。
☐	内服薬等の管理方法や児童生徒自身で利用できるかについて確認したか。
その他の配慮について	
☐	

（給食センターの確認事項）

確認事項（具体的内容も記入）	
☐	対応の原則、および対応食内容の原則の説明（手引き11頁）
☐	給食対応内容について確認（様式3）（様式4）
☐	対応例の説明（手引き12頁）
☐	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
☐	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
☐	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）
☐	今後の予定の説明（手引き7頁）

備考欄

--

食物アレルギー個別取組プラン（ 案 ・ 決定 ）

（表）

取組プラン（案）検討日
令和 年 月 日

保護者説明・協議日
令和 年 月 日

学校 年 組

校長

調理場

保護者

児童生徒氏名 _____

原因食物		症状
		☐ 皮膚 ☐ 呼吸器 ☐ ショック ☐ 粘膜 ☐ 消化器 ☐ 不明
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 【アナフィラキシー（ あり ・ なし ）】		
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	その他 ()
原因食物 ()	原因食物 ()	

学校給食の対応	
☐ 通常食 ☐ 対応食 ☐ 給食停止	☐ 献立表 ☐ 成分表 ☐ 面談の実施（毎月・必要時） ☐ 対応表の作成（保護者・給食センター）・確認（学校） ☐ 児童生徒と担任が対応表を見て配膳 ☐ アレルゲンを含む献立の配膳禁止
具体的な配慮と対応	
給食	
食材を扱う 授業・活動	☐ 吸込への配慮（要・不要） ☐ 接触への配慮（要・不要）
運動	無・有（摂取後 _____ 時間以上禁止）
宿泊等の 校外活動	☐ 持参薬 () ☐ 食事・補食 () ☐ 緊急対応 () ☐ 診療情報提供書 ()
持参薬	無・有 () 保管場所 ()
エピペン®	無・有 () 保管場所 ()

(裏)

その他	☐ 給食当番 ()
	☐ 掃除当番 ()
	☐ クラスへの指導 ()

緊急時の対応	
注意すべき症状	緊急時に搬送できる医療機関
	主治医 ID :
☐ 持参薬を服用	保護者連絡先
☐ エピペンを打つ	
☐ 主治医へ連絡	
☐ 救急車を要請	
☐ 家庭連絡	

備考欄

--

食物アレルギー対応 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等の対応について、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	☐ 通常食を提供（給食でアレルギーが使用されないため） ☐ 対応食を提供 ☐ 給食停止（家庭から弁当持参） ☐ 対応食を解除し、通常食を提供
除 去 食 品	☐ ☐ ☐

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	
☐	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】
☐	どこまでの対応が可能かを確認したか。 〔 ☐ アレルゲンを含む献立の除去 / ☐ 代替食対応 / ☐ その他 () 〕
☐	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)
	☐ 原材料一覧を取り寄せた。
	☐ 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。
☐	厨房内での混入の可能性について確認したか。
☐	当日の配席について確認したか。
その他の配慮について	
☐	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)
	☐ 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。
☐	そばがら枕を使用していないか。
	☐ 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	
☐	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	
☐	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)
☐	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	
☐	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。
	☐ 医師の紹介状(診療情報提供書)を持参するか相談したか。
☐	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。
☐	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。
	☐ 緊急時の連絡先を保護者に確認したか。
	☐ 緊急時の搬送先の病院を確認したか。
	☐ 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》 ○○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				主症状			
アフィキシー 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

※は代わりの連絡者でも可

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

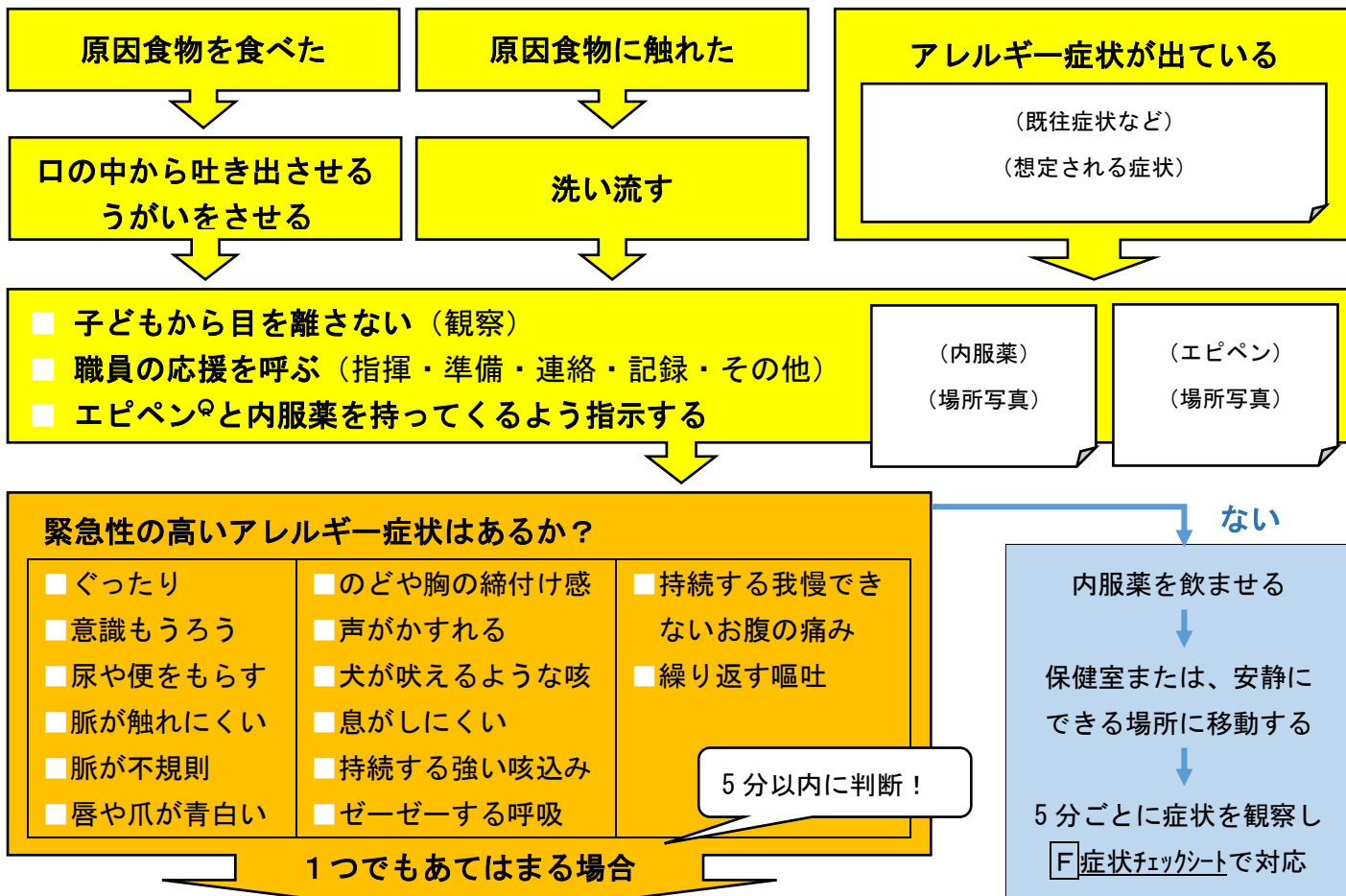
救急要請時の連絡事項

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 ○○年度

学校	ふりがな		男・女	生年月日	顔写真
年 組	氏名			年 月 日生	
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

- 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

ぐったり、意識もうろうの場合



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

吐き気、おう吐がある場合



おう吐物による窒息を防ぐため、体と顔を横に向ける

呼吸が苦しく仰向けにできない場合



呼吸を楽にするため、上半身を起こし後ろに寄りかからせる

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