

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7年12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

下の問い合わせについて、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
 脈がふれにくいため不規則、 唇や爪が青白い
 のどや胸が締め付けられる、 声がかずれる、 犬が吠えるような咳
 息がしつこい、 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 _____ 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。

アナフィラキシー / 食物アレルギー	病型・治療			学校生活上の留意点			【緊急時連絡先】		
	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）			■ 給食 1. 管理不要 2. 管理必要					
	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			■ 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要					
	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）			■ 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要					
	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（）			■ 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要					
	C 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			■ 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 <small>※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。</small>					
	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. 木の実類《 》 8. 果物類《 》 9. 魚類《 》 10. 肉類《 》 11. その他1《 》 12. その他2《 》			鶏卵：卵殻カカルシウム 牛乳：乳糖・乳清焼成カカルシウム 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					
	D 緊急時に備えた処方薬			E その他の配慮・管理事項(自由記述)					
	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（）								
	気管支ぜん息	病型・治療			学校生活上の留意点			【緊急時連絡先】	
		A 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良			■ 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要				
		B-1 長期管理薬（吸入）			薬剤名	投与量／日			■ 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
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			() ()	() ()	■ 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要				
B-2 長期管理薬（内服）			薬剤名		■ その他の配慮・管理事項(自由記述)				
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）			薬剤名						
1. 生物学的製剤			()						
D 発作時の対応			薬剤名	投与量／日					
1. ベータ刺激薬吸入 2. ベータ刺激薬内服			() ()	() ()					

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 年 月 日 医師名 印
	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。 <small>*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</small>			A ブール指導及び長時間の紫外線での活動 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		
アトピー性皮膚炎 (あり·なし)	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	D その他の配慮・管理事項(自由記述)		
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 ()			A ブール指導 1. 管理不要 2. 管理必要 B 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要		記載日 年 月 日 医師名 印
	B 治療 1. 抗アレルギ一点眼薬 2. ステロイド点眼薬 3. 免疫抑制点眼薬 4. その他 ()			C その他の配慮・管理事項 (自由記載)		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			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)		記載日 年 月 日 医師名 印
	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 ()					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した。

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)	<input type="checkbox"/> 対応食を希望 <input type="checkbox"/> 給食停止を希望、家庭から弁当持参（一部・全部） <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					
<input type="checkbox"/>	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。				
<input type="checkbox"/>	様式2 「学校生活管理指導表」は提出されているか。				
<input type="checkbox"/>	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。				
<input type="checkbox"/>	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					
<input type="checkbox"/>	緊急時の連絡先と優先順位を保護者に確認したか。				
<input type="checkbox"/>	緊急時の搬送先の病院や搬送方法を確認したか。				
<input type="checkbox"/>	緊急時の対応について確認したか。				
<input type="checkbox"/>	「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					
<input type="checkbox"/>	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。				
<input type="checkbox"/>	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。				
<input type="checkbox"/>	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。				
<input type="checkbox"/>	食物アレルギーの症状について確認したか。				
<input type="checkbox"/>	最後の受診と次回の受診予定について確認したか。				
<input type="checkbox"/>	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					
<input type="checkbox"/>	エピペン®、内服薬の有無について確認したか。				
<input type="checkbox"/>	エピペン®、内服薬の管理方法や児童生徒自身で使用できるかについて確認したか。				
給食について					
<input type="checkbox"/>	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。				
<input type="checkbox"/>	給食当番の配慮について確認したか。				
<input type="checkbox"/>	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					
<input type="checkbox"/>	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	
<input type="checkbox"/>	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）	
<input type="checkbox"/>	エピペン®、内服薬等の持参薬について相談したか。
<input type="checkbox"/>	食事・補食の配慮について相談したか。
<input type="checkbox"/>	緊急時対応の連絡先・搬送先について相談したか。
<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）	
<input type="checkbox"/>	エピペン®、内服薬等の持参薬について相談したか。
<input type="checkbox"/>	食事・補食の配慮について相談したか。
<input type="checkbox"/>	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	
<input type="checkbox"/>	食物以外のアレルギー疾患について確認したか。
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	内服薬等の管理方法や児童生徒自身で使用できるかについて確認したか。
その他の配慮について	
<input type="checkbox"/>	

（給食センターの確認事項）

確認事項（具体的な内容も記入）	
<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"/>	給食対応内容について確認（様式3）（様式4）
<input type="checkbox"/>	対応例の説明（手引き12頁）
<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"/>	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"/>	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る事を確認（かわりに対応食は少し多めに配食）
<input type="checkbox"/>	今後の予定の説明（手引き7頁）

備考欄

--

食物アレルギー個別取組プラン（案・決定）

(表)

取組プラン（案）検討日
保護者説明・協議日令和 年 月 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		
	<input type="checkbox"/> 皮膚	<input type="checkbox"/> 呼吸器	<input type="checkbox"/> ショック
	<input type="checkbox"/> 粘膜	<input type="checkbox"/> 消化器	<input type="checkbox"/> 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			
レベル1（詳細な献立表対応）	レベル2（弁当対応）	レベル3.4（除去・代替食対応）	
()	()	()	()

具体的な配慮と対応			
給食			
食材を扱う 授業・活動	<input type="checkbox"/> 吸込への配慮（要・不要） <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 持参薬 () <input type="checkbox"/> 食事・補食 () <input type="checkbox"/> 緊急対応 () <input type="checkbox"/> 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 ()		

その他	<input type="checkbox"/> 給食当番 ()
	<input type="checkbox"/> 掃除当番 ()
	<input type="checkbox"/> 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 : 保護者連絡先
<input type="checkbox"/> 持参薬を服用 <input type="checkbox"/> エピペンを打つ <input type="checkbox"/> 主治医へ連絡 <input type="checkbox"/> 救急車を要請 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 通常食を提供（給食でアレルゲンが使用されないため） <input type="checkbox"/> 対応食を提供 <input type="checkbox"/> 給食停止を希望、家庭から弁当持参（一部・全部） <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"/>

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》 ○○年度

学校		ふりがな 氏名		男 ・ 女	生年月日		顔写真
年	組				年	月	
原因食物				主症状			
アナフィラキシー 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

- | | |
|---|--|
| <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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 救急です | |
| <input type="checkbox"/> 所在地を伝える ⇒ 千早赤阪村（ ）（ ）番地（ ） | 学校・園 |
| <input type="checkbox"/> 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。 |
| <input type="checkbox"/> 患者はエピペンを処方 ⇒ <input type="checkbox"/> されています <input type="checkbox"/> されていません | |
| エピペンを注射 ⇒ <input type="checkbox"/> 注射しました | <input type="checkbox"/> 注射していません |
| 意識は ⇒ <input type="checkbox"/> あります | <input type="checkbox"/> ありません |
| 呼吸は ⇒ <input type="checkbox"/> 普通です | <input type="checkbox"/> 苦しそうです <input type="checkbox"/> ありません |
| じんましんは ⇒ <input type="checkbox"/> 全身に出ています | <input type="checkbox"/> 体の一部に出ています <input type="checkbox"/> ありません |
| 嘔吐や下痢は ⇒ <input type="checkbox"/> あります | <input type="checkbox"/> ありません |
| <input type="checkbox"/> 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 年　月　日生	顔写真
年　組	氏名				
原因食物など					

