

合志市立小中学校給食アレルギー対応マニュアル

学校給食アレルギー対応食提供実施基準	1	
学校給食における食物アレルギー対応の流れ	2	
新入生・転入生用食物アレルギー調査票	3	様式 1
新入生・転入生用提出書類について	4	
食物アレルギー対応継続について（依頼）	5	
食物アレルギー対応食申請書（自校方式校用）	6	様式 2-1
食物アレルギー対応食申請書（センター方式校用）	7	様式 2-2
食物アレルギー状況調査票	8・9	様式 3
面談記録票	10・11	様式 4
学校給食アレルギー対応食決定について（通知）	12	様式 5
学校給食アレルギー対応食 変更・中止届出書（自校方式校用）	13	様式 6-1
学校給食アレルギー対応食 変更・中止届出書（センター方式校用）	14	様式 6-2
緊急時の教職員の役割	15	
食物アレルギー緊急時対応マニュアル	16	
学校生活管理指導表		
緊急時対応資料（学校におけるアレルギー疾患対応の三つの柱 ³ ）		

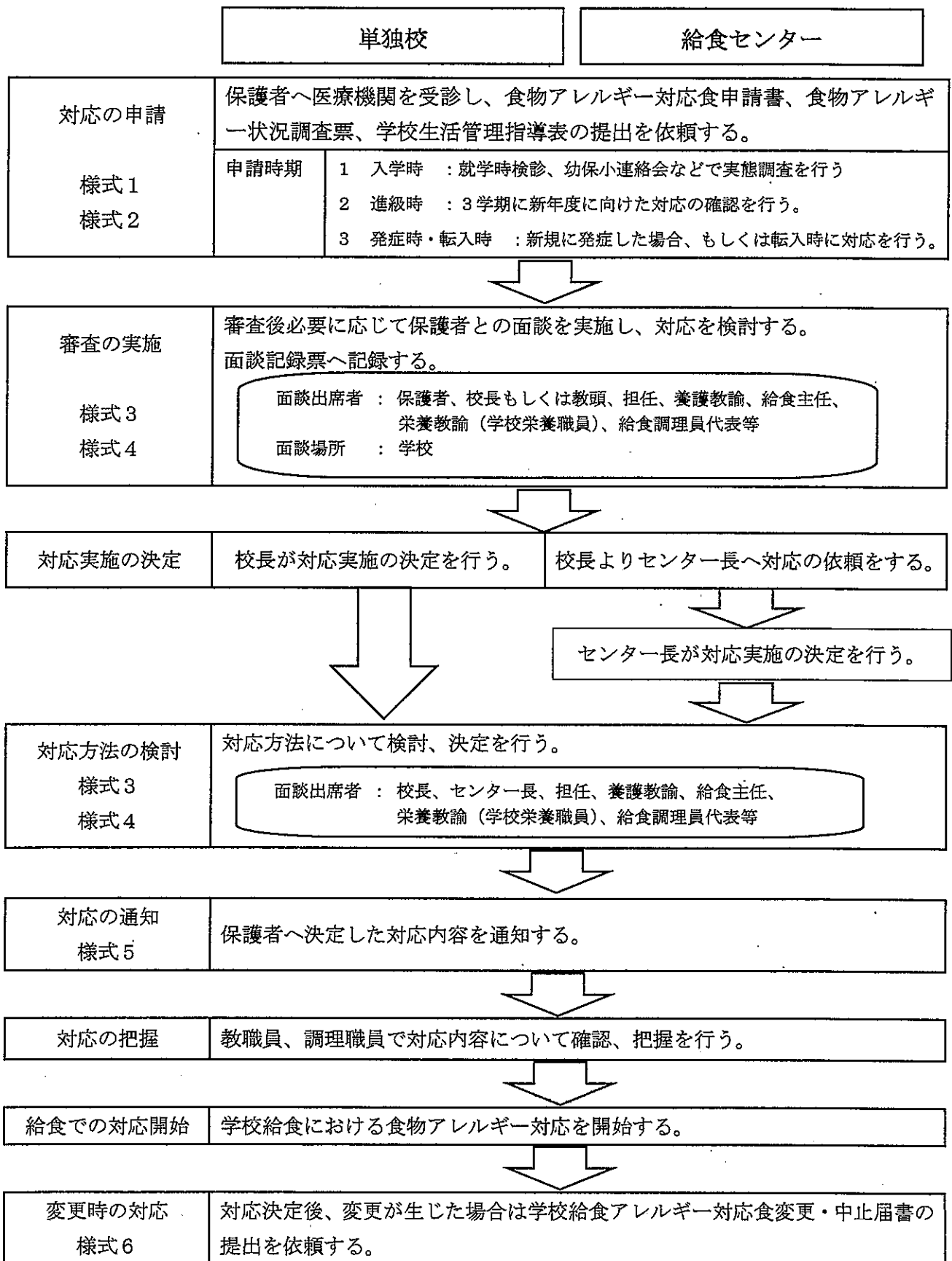
合志市教育委員会
合志市学校給食栄養部会

学校給食アレルギー対応食提供実施基準

下記項目に該当する場合に限り、対応するものとする。

- 1 医師により食物アレルギーの診断を受け、学校生活管理指導表の提出を必須とする。また、年度ごとに学校生活管理指導表を提出できること。
- 2 医師の指示により家庭でも除去食等を実施していること。
- 3 入手困難な代替食品が必要な場合、家庭から持参できること。
- 4 給食センター、学校の都合により除去食等を作ることが困難な場合、お弁当持参ができること。
- 5 家庭と学校との相互連絡が容易であり、学校と連携したアレルギー対応について理解があること。
- 6 家庭において、給食の除去食により不足する栄養素の補充が必要であることに理解があること。
- 7 文部科学省の「学校給食における食物アレルギー対応指針」にもとづいた対応とすることについて同意すること。
- 8 教職員、児童生徒並びに保護者に対して、該当児童の食物アレルギーに関する情報共有について同意すること。

学校給食における食物アレルギー対応の流れ



学校給食における食物アレルギー調査票

皆様におかれましては、益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、学校給食は教育の一環として行われておりますが、近年食物アレルギーを持つ児童・生徒の増加、多様化がみられます。

本校では除去食・代替食等の食物アレルギー対応を行っております。学校給食において、アレルギー対応の参考とするため下の調査票にご記入をお願いします。

なお、個人情報については目的以外での使用はいたしません。

アレルギー対応を希望される場合は、後日学校から提出書類についてなどご連絡いたします。その後、学校での面談をお願いすることがあります。

ご協力とご理解をお願いいたします。

食物アレルギー調査票

学校

ふりがな
氏名

当てはまるものを○でかこんで下さい。

1. 食物アレルギーがありますか。 (ある ・ ない)

※以下 1 であると答えた方のみお答え下さい。

2. アレルギー原因食品を教えてください。()

3. 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)

ご協力ありがとうございました。

令和 年 月 日

保護者 様

学校

校長

学校給食における食物アレルギー対応について

学校給食における食物アレルギー対応にあたり、下記の書類提出をお願いします。

記

- 1 提出書類
 - ・食物アレルギー対応食申請書
 - ・食物アレルギー状況調査票
 - ・学校生活管理指導表

(医師による診断が必要です。学校生活管理指導表に医師の記入をお願いします。血液検査等の結果があればコピーを添えてください。)
- 2 提出期限 令和 年 月 日 ()
※書類が間に合わない場合は、学校へご連絡ください。
- 3 審査方法 学校生活管理指導表とアレルギー状況調査票、面談記録票をもとに校内で対応を検討します。あくまでも提出書類は、アレルギー対応の検討資料です。アレルギー対応を決定するものではありません。ご了承ください。
(書類提出後、必要に応じて保護者との面談を行います。)
- 4 対応期間 令和 年 4月 1日から
令和 年 3月 31日まで

ご不明な点がございましたら、ご相談ください。

【問い合わせ先】

学校

電話

担当

令和 年 月 日

保護者様

学校

校長

学校給食における食物アレルギー対応継続について（依頼）

来年度の学校給食における食物アレルギー対応の継続にあたり、書類の提出をお願いします。

提出書類等や取り扱いにつきまして合志市内全校共通の手続きとなります。ご理解とご協力をお願い致します。

記

- 1 提出書類
 - ・食物アレルギー対応食申請書
 - ・食物アレルギー状況調査票
 - ・学校生活管理指導表

(医師による診断が必要です。医師による記入をお願いします。血液検査等の結果があればコピーを添えてください。)
- 2 提出期限 令和 年 月 日 ()
- 3 継続審査方法 学校生活管理指導表と食物アレルギー状況調査票をもとに校内で対応を検討します。あくまでも提出書類は、来年度のアレルギー対応の検討資料です。アレルギー対応の継続を約束するものではありません。ご了承ください。
必要に応じて保護者との面談を行います。
- 4 対応期間 令和 年 4月 1日から
令和 年 3月31日まで

食物アレルギー対応を年度途中に変更・中止する場合は、学校にご連絡ください。

ご不明な点がありましたら、ご相談ください。

[お問い合わせ先]

学校

電話

担当

学校給食における食物アレルギー対応食申請書

令和 年 月 日

学校 様

保護者氏名

印

次のとおり食物アレルギー対応食の実施を申請します。

ふりがな 児童・生徒氏名			
学年・組	年 組	性別	男・女
生年月日	平成 年 月 日 () 才		
住所		電話・携帯	
緊急時連絡先		電話・携帯	
		電話・携帯	
受診医療機関名		電話	
アレルギー対応 を希望する食品名			

※これより以下は記入しないでください

決 裁 欄	上記申請について対応の実施が (可 ・ 否) と認められ ますので、決定し処理してよろ しいか伺います。	校 長	教 頭	給食主任	養護教諭	栄養教諭	担 任

学校給食における食物アレルギー対応食申請書

令和 年 月 日

学校 様

保護者氏名

印

次のとおり食物アレルギー対応食の実施を申請します。

ふりがな 児童・生徒氏名			
学年・組	年 組	性別	男・女
生年月日	平成 年 月 日 () 才		
住所		電話・携帯	
緊急時連絡先		電話・携帯	
		電話・携帯	
受診医療機関名		電話	
アレルギー対応 を希望する食品名			

※これより以下は記入しないでください。

決 裁 欄	上記申請を受け付けました。	校長	教頭	給食主任	養護教諭	担任

上記申請について対応の実施が (可・否)と認められました。	年 月 日	給食センター所長名
		印

食物アレルギー状況調査票

学校名	学校	記入日 令和 年 月 日		
児童・生徒名	男・女	保護者氏名		

1 食物アレルギーの原因食品とそれを食べたときの症状、発症年月、初発症時の状況を記入して下さい。

食品名	症 状	発症年月	初発症時の状況
例) 卵	じんましん、吐き気 腹部発疹	H30年 9月	
		年 月	
		年 月	
		年 月	
		年 月	

3 食事後、運動で症状を発症したことがありますか。

はい (食事との関連あり：食品名

食事との関連なし)

いいえ

4 アナフィラキシーショックの経験はありますか。

はい → (回数： 回、最後の発症年月： 年 月)

いいえ

5 エピペンを常備していますか。

している していない

6 エピペンを常備している人にお尋ねします。エピペンはどこに保管していますか。

自宅 常に持ち歩いている その他

(裏面へ続く)

7 現在アレルギー疾患の治療のために、使用している薬はありますか。

- はい、内服薬 ()
- 吸引薬 ()
- 外用薬 ()
- 注射薬 ()
- その他 ()

いいえ

8 学校に携帯を希望する薬はありますか。

はい (薬名)

いいえ

10 その他、学校に伝えたいことがあればお書き下さい。

面 談 記 録 票

学校名	学校	令和 年 月 日	記録者	
参加者				
児童・生徒名	年 組	男・女	保護者氏名	

1 食物アレルギーを起こす原因食品について

食 品 名	アレルギーを起こす量		加熱の有無	微量の食品について	その他
	<input type="checkbox"/> 少量でも不可 <input type="checkbox"/> 体調によって <input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> 体調によって <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> ()	
	<input type="checkbox"/> 少量でも不可 <input type="checkbox"/> 体調によって <input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> 体調によって <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> ()	
	<input type="checkbox"/> 少量でも不可 <input type="checkbox"/> 体調によって <input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> 体調によって <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> ()	
	<input type="checkbox"/> 少量でも不可 <input type="checkbox"/> 体調によって <input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> 体調によって <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> ()	

2 原因食品を食べてから、症状が出るまでの時間

原因食品	発症までの時間	症状が現れる順番
	時間後	
	時間後	
	時間後	
	時間後	

3 食べる時に料理からアレルギー食品を自分で除けば食べることができるか

4 家庭で料理を作るときに注意していること

揚げ油を変えている 専用の食器を使っている

調理器具を使い分けている

その他

[]

5 学級活動、課外活動、宿泊時等でアレルギー食品を取り扱うときの注意事項

6 学校でアレルギー症状を起こしたときの、対応方法について

保護者連絡と同時に救急車要請

携帯する薬の服用

保健室で経過観察

その他

[]

8 学校で携帯する薬・エピペンの保管場所について

9 その他

様式5

令和 年 月 日

保護者様

校長

学校
印

学校給食における食物アレルギー対応決定について（通知）

令和 年 月 日付で申請のあった学校給食アレルギー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します。

記

1 児童・生徒名

年 組	氏名

2 対応内容

対応する食品名	基本的な対応等

学校給食アレルギー対応食 変更・中止届出書

令和 年 月 日

学校 様

保護者氏名

印

下記のとおり学校給食における食物アレルギー対応食の実施を（変更・中止）
して頂きたく届け出ます。

※変更または中止に○印をつけてください。

ふりがな 児童・生徒名			
生年月日	年 月 日 (歳)	学年・組	年 組
住 所	合志市	性 別	男 ・ 女
		電話・携帯	
緊急時 連絡先		電話・携帯	
		電話・携帯	
現在の対応			

※ 変更を希望される方は、その内容をお書きください。

※ 中止を希望される方は、その理由をお書きください。

(これより下は記入しないでください)

上記のとおり変更・中止届けが提出されました。	学校長	印
------------------------	-----	---

学校給食アレルギー対応食 変更・中止届出書

令和 年 月 日

学校 様

保護者氏名

印

下記のとおり学校給食における食物アレルギー対応食の実施を（変更・中止）
して頂きたく届け出ます。

※変更または中止に○印をつけてください。

ふりがな 児童・生徒名			
生年月日	年 月 日（ 歳）	学年・組	年 組
住 所	合志市	性 別	男 ・ 女
		電話・携帯	
緊急時 連絡先		電話・携帯	
		電話・携帯	
現在の対応			

※ 変更を希望される方は、その内容をお書きください。

※ 中止を希望される方は、その理由をお書きください。

（これより下は記入しないでください）

上記のとおり変更・中止届けが提出されました。	学校長	印
------------------------	-----	---

上記のとおり受け付けました。	給食センター所長	印
----------------	----------	---

緊急時の教職員の役割

	役割		役割
校長	<input type="checkbox"/> 事実確認 <input type="checkbox"/> 緊急時対応マニュアルに沿った対応の指示 <input type="checkbox"/> 緊急対応状況の確認 <input type="checkbox"/> 児童生徒及び保護者のケア <input type="checkbox"/> 教育委員会への連絡 <input type="checkbox"/> 再発防止に向けた日常・緊急時対応の再構築	養護教諭	<input type="checkbox"/> 症状の確認と応急処置 <input type="checkbox"/> 緊急時対応マニュアルに沿った行動 <input type="checkbox"/> 担任の補助 <input type="checkbox"/> 主治医への連絡・相談 <input type="checkbox"/> 救急車の要請（付き添い搬送）
教頭	<input type="checkbox"/> 事実確認と校長への報告 <input type="checkbox"/> 救急車の要請 <input type="checkbox"/> 全職員への連絡総括 <input type="checkbox"/> 外部からの問い合わせ対応 <input type="checkbox"/> 職員の対応について確認と記録	栄養教諭等	<input type="checkbox"/> 事実確認（原因食品、調理状況等） <input type="checkbox"/> 飲食状況による原因食品の推測 <input type="checkbox"/> 再発防止のための必要な資料等の準備と検討 <input type="checkbox"/> 調理指示書等の再検討と修正
保健主事	<input type="checkbox"/> 緊急時対応マニュアルに沿った行動 <input type="checkbox"/> 児童生徒の不安除去と他の職員への落ち着いた対応の促し <input type="checkbox"/> 発生の流れ（給食室、受取、配膳、喫食まで）と発生時対応の事実確認 <input type="checkbox"/> 再発防止に向けての検討後、職員への共通理解	給食調理員	<input type="checkbox"/> 調理状況の事実確認 <input type="checkbox"/> 飲食状況による原因食品の推測 <input type="checkbox"/> 調理計画の再検討と修正
担任	<input type="checkbox"/> 早期発見、状況確認、応急処置 <input type="checkbox"/> 子どもから目を離さない <input type="checkbox"/> 他の職員への応援依頼 <input type="checkbox"/> 校長への報告及び家庭連絡	全職員	<input type="checkbox"/> 事実確認 <input type="checkbox"/> 緊急時対応マニュアルに沿って、各自役割を決めて行動 <input type="checkbox"/> 他の児童生徒の不安除去と落ち着いた対応の促し <input type="checkbox"/> 対応についての反省と見直し <input type="checkbox"/> 事実確認と再発防止に向けての共通理解

食物アレルギー緊急時対応マニュアル

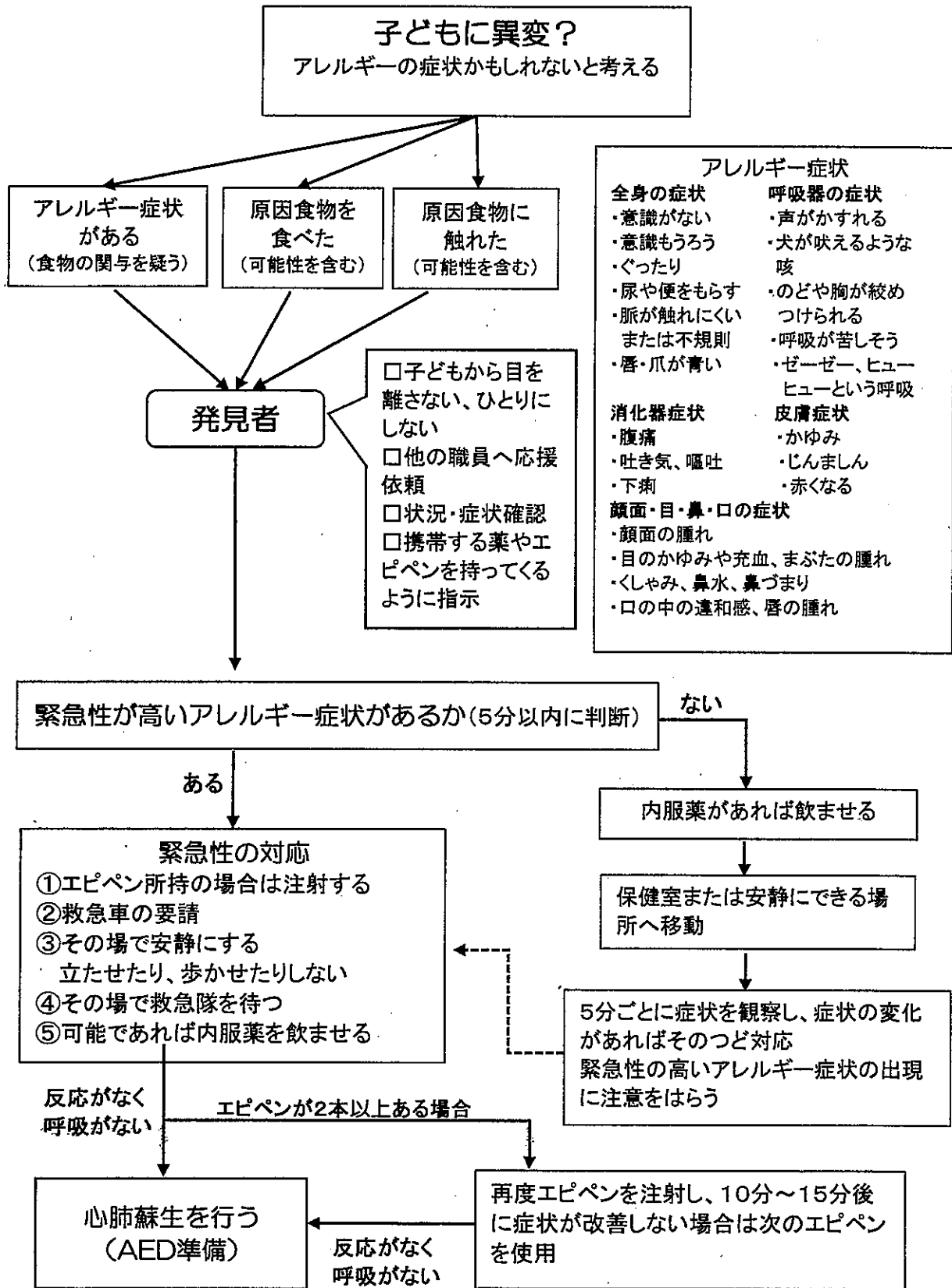


表 学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)

名前

男・女 平成 年 月 日生 (歳)

学校 年 組

平成 年 月 日 提出日

病型・治療		病型・治療	
A. 重症度分類 (発作型) 1. 間欠型 2. 軽症持続型 3. 中等持続型 4. 重症持続型 B-1. 長期管理薬 (吸入薬) 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 (イランタール®) 4. その他 () B-2. 長期管理薬 (内服薬・貼付薬) 1. テオファイリン徐放製剤 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 ()	C. 急性発作治療薬 1. ベータ刺激薬吸入 2. ベータ刺激薬内服 D. 急性発作時の対応 (自由記載)	A. 運動 (体育・部活動等) 管理不要 1. 保護者と相談し決定 2. 保護者と相談し決定 3. 強い運動は不可 B. 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 配慮不要 1. 保護者と相談し決定 2. 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名 () C. 宿泊を伴う校外活動 配慮不要 1. 保護者と相談し決定 D. その他の配慮・管理事項 (自由記載)	電話: 医療機関名: 電話: 記載日 年 月 日 医師名 医療機関名
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。 <small>*軽度の皮疹: 軽度の紅斑、乾癬、発疹、発赤、丘疹、びらん、発腫、舌皸化などを伴う病変 *強い炎症を伴う皮疹: 紅斑、丘疹、発疹、びらん、発腫、舌皸化などを伴う病変</small> 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. 保湿度剤 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 () C. 食物アレルギーの合併 1. あり 2. なし	A. プール指導 管理不要 1. 保護者と相談し決定 2. 保護者と相談し決定 3. プールへの入水不可 B. 屋外活動 配慮不要 1. 保護者と相談し決定 C. その他の配慮・管理事項 (自由記載)	A. フール指導及び長時間の紫外線下での活動 管理不要 1. 保護者と相談し決定 B. 動物との接触 配慮不要 1. 保護者と相談し決定 2. 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名 () C. 発汗後 配慮不要 1. 保護者と相談し決定 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 D. その他の配慮・管理事項 (自由記載)	記載日 年 月 日 医師名 医療機関名
A. 病型 1. 慢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 ()	記載日 年 月 日 医師名 医療機関名		

緊急時の対応

子供から離れず観察
助けを呼ぶ
緊急性の判断
エビペン、AEDの
指示

- アレルギー症状がある
ものの興与が疑われる
- 原因食物を食べた
(可能性を含む)
- 原因食物に触れた
(可能性を含む)
- 呼びかけに反応がなく、
呼吸がなければ心肺蘇生

チームワークが大切

- | | |
|---|---|
| 準備
<input type="checkbox"/> 緊急時の対応の準備
<input type="checkbox"/> エビペンの準備
<input type="checkbox"/> AEDの準備 | 要請
<input type="checkbox"/> 救急車の要請
<input type="checkbox"/> 管理職を呼ぶ
<input type="checkbox"/> 保護者への連絡 |
| 観察
<input type="checkbox"/> 観察の開始時間
<input type="checkbox"/> エビペンを使用した時間
<input type="checkbox"/> 5分ごとの症状
<input type="checkbox"/> 内服薬を飲んだ時間 | その他
<input type="checkbox"/> ほかの子供への対応
<input type="checkbox"/> 救急車の誘導 |

緊急性が高いアレルギー症状があるか、5分以内に判断

アレルギー症状があるものの興与が疑われる

原因食物を食べた(可能性を含む)

原因食物に触れた(可能性を含む)

呼びかけに反応がなく、呼吸がなければ心肺蘇生

これらの症状が一つでもあれば

全身の症状


- 回くったり
- 回嘔吐もつらそう
- 回尿や便を漏らす
- 回唇が腫れにくい
- 回舌や爪が青白い

呼吸器の症状

- 回のどや胸が締めつけられる
- 回声がかが何れる
- 回犬が吠えるようなせき
- 回息がしにくい
- 回呼吸する強いせき込み
- 回せき一時的に止まる

消化器の症状

- 回我慢できない腹痛
- 回繰り返して吐き続ける



救急車を要請(119番通報)

①たまたま「エビペン」を使用

②反応がなく呼吸がなければ心肺蘇生を行う→AEDの使用

③その場で安静にする。立たせたり歩かせたりしない!

④その場で観察隊を持つ

ぐったり、足もつらそうの場合：吐き気、おう吐がある場合：呼吸が苦しくおめ向けにならない場合

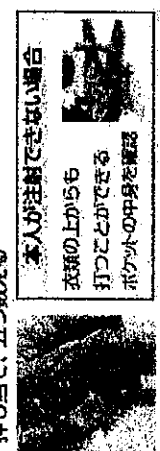


エビペンの使い方

- ① ケースから取り出す
- ② 利き手でグープで握る
- ③ 青い安全キャップを外す

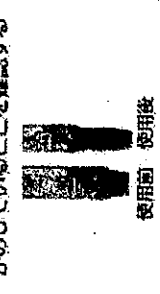
④ 太ももの外側に注射「カチッ」と音がするまで押し当て、五つ数える

本人が注射できない場合
衣類の上からも打つことができる
ポケットの中身を確認



⑤ オレンジ色のニードルカバーがのびていることを確認する

使用前 使用後



※アトピーリン目薬は詳細をエビペンと表記