

学校給食における 食物アレルギー対応マニュアル



令和3年9月

(令和5年度9月一部改正)

伊予市教育委員会

はじめに

食物アレルギーを有する児童生徒は、全国的に増加傾向にあり、平成25年に文部科学省が実施した「学校生活における健康管理に関する調査」によると、食物アレルギー疾患の有病率は4.5%（平成16年時の1.7倍）という結果が示されました。

伊予市においても、食物アレルギー対応を必要とする児童生徒数は年々増加傾向にあります。

そのため、伊予市教育委員会では「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」に基づく対応の徹底や、市内で統一化した取組の実施、各種関連機関との連携体制の構築を目的に、平成28年から「学校給食における食物アレルギー対応マニュアル」「食物アレルギー緊急時対応マニュアル」を策定しております。

本マニュアルは「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」を補足し、学校や調理場において食物アレルギーに関する取組を推進していく際の参考資料として、現場に沿った具体的な対応を理解しやすいよう示したものとなっております。

各学校および関連機関におかれましては、本マニュアルをご活用いただき、全ての児童生徒が給食時間を安全に、かつ、楽しんで過ごせるよう共通の理解と認識のもと、取り組んでいただきますようお願いいたします。

令和3年9月
伊予市教育委員会
教育長 上岡 孝

目 次

I	当マニュアルについて	1
II	学校における食物アレルギーへの対応	
1	食物アレルギーをもつ児童生徒への具体的な対応	1
	対応例①（新入学児）	1
	対応例②（在校生1～5年生）（中学1～2年生）	3
	対応例③（中学校新1年生）	4
III	学校給食における対応	
1	実施基準	5
2	対応方法	6
3	給食センターでの対応範囲	7
4	対応時の注意事項	
	(1) 献立作成時	9
	(2) 調理時	9
	(3) 配缶・配達・配膳時	10
	各種様式（様式1～9）	11
	参考資料	
	食物アレルギー緊急時対応マニュアル	

I 当マニュアルについて

このマニュアルは、当市の学校給食アレルギー対応において、現場での迅速な対応を促すため、分かり易くまとめたものとなっています。そのため「学校給食における食物アレルギー対応指針（平成27年3月文部科学省）」及び「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン（令和元年度改訂公益財団法人日本学校保健会発行）」並びに「食物アレルギー緊急時対応マニュアル」などアレルギー対応の基本となるものを、事前に熟知した上で活用していただきますようお願いします。

II 学校における食物アレルギーへの対応

1 食物アレルギーをもつ児童生徒への具体的な対応

対応例①（新入学児）

※年度途中の転入生や新規希望者についても同様の手順で行い、準備が整い次第、対応を行う。

時 期	対 応
9月	① 学校は小学校新1年生の保護者に対して、『食物アレルギーに関するアンケート』【様式1】を就学時健康診断の通知と一緒に郵送する。
10月～11月 就学時健康診断	② 学校は、新1年生の保護者を対象に、食物アレルギー対応についての説明を行う。 ③ 学校は、①のアンケートを回収する。（1年保管） アンケートで対応を希望した保護者に、『学校生活管理指導表』【様式2-1】『アレルギー除去食に関する連絡書』【様式2-2】『食物アレルギー個別調査票』【様式3】『食物アレルギー対応申請書（新入学・転入・在学）』【様式4】を配布する。 ※アンケートで、希望しないと回答した保護者についても、必要に応じては勧奨等を行う。
1月～2月 新入学説明会	④ 学校は新入生説明会の際に③で配布した書類を回収する。 (様式2-1・2-2・3の代わりに学校長の意見書の提出でも可)
2月～3月	⑤ 学校は面談参加者のスケジュールを調整し、面談日を決定する。決定した面談日を保護者及び面談参加者に連絡する。

3月	<p>⑥ 個別面談</p> <p>学校は保護者との面談を行う。</p> <p>面談の内容は『食物アレルギー個別調査票』【様式3】に記録する。</p>
	<p>⑦ 学校は校内食物アレルギー対応委員会にて、保護者から提出された書類と面談で確認された情報に基づき、食物アレルギー対応内容について協議する。</p>
	<p>⑧ 学校長は対応の決定を行い、教育委員会へ『食物アレルギー対応承認依頼書』【様式6】と必要書類の写しを提出し、承認を受ける。</p> <p>※必要書類：様式2-1・様式2-2・様式3・様式4</p>
	<p>⑨ 教育委員会は⑧で提出された書類を確認し、学校に『学校給食での食物アレルギー対応について（通知）』【様式7-1】を送付する。</p> <p>また、給食センターで通知の写しを保管する。</p>
	<p>⑩ 学校は⑨を受け、『学校給食での食物アレルギー対応について（通知）』【様式7-2】を保護者に送付する。</p>
	<p>⑪ 学校は決定内容に基づき、全教職員等で共通理解を図る。</p>
	<p>⑫ 献立作成者は、決定内容に基づき、具体的な献立や必要書類の作成を行う。</p> <p>『食材表示献立表』『個人別アレルギー対応献立表』等</p>
	<p>⑬ 個別面談</p> <p>学校及び献立担当者は、給食実施前までに保護者と献立の確認を行い、対応について決定する。確認のとれた献立表は学校と給食センターで保管し、情報の共有を図る。</p>
	<p>⑭ 学校は食物アレルギーに関して、管理の必要な児童の対応について新年度の職員体制で確認する。</p>
	<p>⑮ 学校において対応給食を開始し、問題がないかを確認する。</p>
毎月	<p>⑯ 学校と献立作成者は、月末頃に翌月の詳細な献立表を用いて食物アレルギー対応の確認を行う。（グループもしくは個人面談）</p> <p>ただし、やむを得ない事情により、グループもしくは個人による面談を実施できない場合は必ず保護者に『アレルギー対応食品確認書』【様式9】を確認のうえ提出してもらう。</p>

	<p>また、献立表において該当するアレルギーがない場合は、グループもしくは個人による面談を省略することができるが、その場合は必ず保護者に『アレルギー対応食品確認書』【様式9】を確認のうえ提出してもらう。</p> <p>⑯ 給食センターは作成した献立表及び『個人別アレルギー対応献立表』を学校に送る。</p>
--	---

対応例② (在校生小学1~5年生) (中学1~2年生)

時 期	対 応
12月～2月	<p>① 学校は児童生徒の保護者に対して『食物アレルギーに関するアンケート』【様式1】を実施し、アレルギーに関する状況把握を行うと共に食物アレルギー対応の継続・変更を希望する児童生徒の保護者に対して、『学校生活管理指導表』【様式2-1】『アレルギー除去食に関する連絡書』【様式2-2】『食物アレルギー対応申請書(継続・変更者用)』【様式5】を配布する。</p> <p>また、新規で希望する保護者に対しては、『学校生活管理指導表』【様式2-1】『アレルギー除去食に関する連絡書』【様式2-2】『食物アレルギー個別調査票』【様式3】『食物アレルギー対応申請書（新入学・転入・在学）』【様式4】を配布する。</p> <p>※食物アレルギー対応を辞退する者は、学校に『食物アレルギー対応辞退届』【様式8】を提出し、学校はその写しを教育委員会に提出する。</p> <p>② 個別面談</p> <p>学校は保護者との面談を行う。</p> <p>※面談内容は『食物アレルギー個別調査票』【様式3】に記録。</p> <p>③ 学校は校内食物アレルギー対応委員会において、保護者から提出された書類及び面談で確認された情報に基づき、食物アレルギー対応内容について協議する。</p>
3月上旬	<p>④ 学校長は対応の決定を行い、教育委員会へ『食物アレルギー対応承認依頼書』【様式6】と必要書類の写しを提出し承認を受ける。</p> <p>※必要書類：様式2-1・様式2-2・様式3・様式4または様式5</p> <p>※年度更新となるため、毎年提出が必要となる。</p> <p>以降については対応例①の⑨～に同じ。</p>

※小学校は食物アレルギー対応を行っていた児童が中学校に進学する際には、入学説明会までに引継ぎを行うようとする。（情報提供については保護者の了解を得る）

対応例③（中学校新1年生）

時 期	対 応
12月～2月	<p>① 学校は新一年生の保護者に対し、在校する学校を通して『食物アレルギーに関するアンケート』【様式 1】を配布し、アレルギーに関する状況把握を行う。</p> <p>② 学校は①で対応を希望した生徒の保護者に対して、『学校生活管理指導表』【様式 2-1】『アレルギー除去食に関する連絡書』【様式 2-2】『食物アレルギー個別調査票』【様式 3】『食物アレルギー対応申請書（新入学・転入・在学）』【様式 4】を配布し、入学説明会の際に配布した書類を回収する。</p> <p>③ 個別面談 学校は保護者との面談を行う。 ※面談内容は『食物アレルギー個別調査票』【様式 3】に記録。</p> <p>④ 学校は校内食物アレルギー対応委員会において、保護者から提出された書類及び面談で確認された情報に基づき、食物アレルギー対応内容について協議する。</p>
3月上旬	<p>⑤ 校長は対応の決定を行い、教育委員会へ『食物アレルギー対応承認依頼書』【様式 6】と必要書類の写しを提出し承認を受ける。 ※必要書類：様式 2-1・様式 2-2・様式 3・様式 5 <u>※年度更新となるため、毎年提出が必要となる。</u></p> <p>以降については対応例①の⑨～と同じ。</p>

III 学校給食における対応

集団給食において最優先されるべきは安心安全な給食提供である。実状に合わない無理な対応を行うことは、かえって事故を招く危険性があるため、学校及び調理場の状況と医師の診断・指示に基づく児童生徒の実態（重症度や除去品目数など）を総合的に判断し、現状で行うことのできる最良の対応を検討することが大切である。

1 実施基準

学校給食における食物アレルギー対応の実施基準は以下の通りとする。全ての項目に該当する児童生徒（教職員は除く）を対象に食物アレルギー対応を実施する。

① 医師の診断がなされていること

- ・医師の診断により食物アレルギーと診断されている。
- ・原因食品が特定されており、学校生活管理指導表により、医師から食物除去を指示されている。
- ・医師の指示に基づき、家庭でも食事制限を行っている。

② 症状が重篤でなく、学校給食センターでの調理対応が可能なこと

- ・アナフィラキシーショックの発症の危険（注1）がない。
- ・微量での発症（よく洗った調理器具の微量残留、離れた場所の粉の飛散等）の危険がない。
- ・原因食品が多岐（注2）にわたらない。

③ 学校での食物アレルギー対応について、相互理解と協力が得られること

- ・学校生活管理指導表等及び、その他必要書類を提出することができる。（年度更新制のため毎年必要）
- ・定期的及び必要に応じて学校側と協議することができる。
- ・家庭においても献立の確認や、児童生徒のアレルギーの状態・食事制限の必要性について話し合うことができる。
- ・連携機関間での情報共有について了承できる。

注1：アナフィラキシーショックの発症の危険とは、

過去にアナフィラキシーを発症したことがあるなど特定のアレルゲンによりアナフィラキシーを起こす可能性のある生徒・児童については、命に関わる場合があることから、保護者及び医師とよく相談のうえ、安全が十分に確保できると判断するとき、対応食を提供することとする。

注2：多岐とは、

給食で使用する食材に原因食品が多数あり、それらが全く食べられず、給食での対応が不可能な場合のこと。

2 対応方法

学校給食におけるアレルギー対応は以下の4段階とする。

- (1) 詳細な献立表対応 [レベル1]
- (2) 弁当対応（完全弁当対応・一部弁当対応）[レベル2]
- (3) 除去食対応 [レベル3]
- (4) 代替食対応 [レベル4]

なお、各レベルの決定については、校内食物アレルギー対応委員会にて行う。

(1) 詳細な献立表対応 [レベル1]

方 法	詳細な献立表を希望する保護者や児童生徒に対して、原材料・食品ごとに、除去すべき原因食品が明確にわかるように作成した献立表を事前に保護者に配布し、それを基に児童生徒が原因食品を除去しながら食べる。
適 応	少量の摂取ではアレルギー症状を起こす心配がなく、原因食品を自分で除去できる場合。

(2) 弁当対応（完全弁当対応・一部弁当対応）[レベル2]

方 法	完全弁当対応：全ての学校給食に対して給食を提供せずに毎日弁当を持参させる。 一部弁当対応：普段除去食や代替食対応をしている中で、どうしても対応が困難な場合においてそれに代わる料理を弁当として持参する。ある日の給食をすべて弁当にする場合もある。
適 応	原因食品の種類が多い場合や、ごく微量でも重篤なアレルギー症状を起こす場合など、予定献立の学校給食を食べることができないと判断される場合。

(3) 除去食対応 [レベル3]

方 法	調理の過程で、申請のあった原因食品を加えない給食を提供する。また、単品の牛乳や果物を除く。
適 応	アレルギーの原因となる食品が給食に含まれており、調理の過程で除去が可能な場合。

(4) 代替食対応 [レベル4]

方法	申請のあった原因食物を除去することによって失われる栄養価を、別の食材を用いて補った給食を提供する。
適応	代替の食材が調達でき、調理の対応が可能な場合。

レベル2～4であっても「詳細な献立表」の提供が必要な場合が多い。また、レベル3～4であっても、一部弁当対応が必要な場合も多い。このように、対応レベルとは固定的なものではなく、除去食品の種類と献立の内容によって変化する場合がある。

3 給食センターでの対応範囲

(1) 給食の停止と給食費の減額

事前の申し出により停止・減額措置を行う。

《減額措置の対象》

「全ての給食」、「パン」、「飲用牛乳」、「米飯」を停止した場合のみとする。

副食については食材費の算出が困難であるため、停止や減額措置は行わない。

《算出方法》

米飯は白ごはん、パンはコッペパンの1食あたりの基本物資供給価格で算出する。（計算方法の詳細については次項を参照）

《減額措置における計算方法》

① 全ての給食を停止した場合

（弁当持参の児童生徒で、月に数回給食の喫食が可能だった場合も同じ）

⇒喫食した日数分※の給食費を徴収する。

※事前に申告があった日数（自己都合により中止した日は除く）

計算式

1食単価×喫食日数

② 飲用牛乳、米飯、パンを停止した場合

⇒各食材費に喫食日数を乗じた額を減額する。

（食材費については、基本物資供給価格を給食運営委員会にて報告）

計算式

（飲料牛乳、米飯、パン）の1食単価×喫食日数

③ 代替飲料を提供した場合

⇒牛乳の1食単価と代替飲料の差額に喫食日数を乗じた金額を徴収する。

計算式

代替飲料の差額（代替飲料1食単価－牛乳の1食単価）×喫食日数

※食物アレルギー対応に関する具体的な徴収・返金方法については学校給食運営委員会にて決定し、明記する。

(2) 飲用牛乳の代替飲料の提供

食物アレルギーが原因で飲用牛乳を停止している児童生徒のうち、保護者から希望があった場合には、代替飲料（豆乳、お茶）を提供する。ただし、不足分の金額は保護者負担とする。（計算方法の詳細については全項を参照）

(3) 除去食対応

- ① 基本的には対応食品を限定せず、除去を行うこととするが、調理工程において除去が困難な場合、除去を行うことで、料理そのものが成り立たないもの（卵アレルギー：卵焼き等）については弁当対応もしくは代替対応とする。
- ② 量に関する希望についての対応は行わない。
- ③ 一つの料理の材料に複数の除去対象がある場合は、その全てを除去した料理を提供することもある。

(4) 代替食の提供

給食センターにおける食物アレルギー対応の基本は除去食である。代替食は代替の食材が調達でき、調理の対応が可能な場合のみ提供を行う。対応が困難な場合は事前協議により、家庭より弁当を持参してもらう。

- ① 主食の代替（パン⇒ごはん、うどん⇒ごはん等）については対応しない。
- ② 代替食を提供する場合は、その日に一般食で使用する食材の中で対応する。
- ③ アレルギー専用の食品・調味料等の購入はしない。（一般食においても使用可能な食材を使用する）
- ④ 給食センターの調理に関しては、家庭からの持込みには対応しない。（アレルギー対応食品等）

4 対応時の注意事項

食物アレルギー対応についての注意事項を、以下、段階を追って記す。

(1) 献立作成時

- ① 通常の献立を基本とする。
- ② 除去を確実に行うため、できるだけ作業工程や調理を単純化する。
- ③ 加工食品を使用する場合、必ず原料配合表を取り寄せ、使用食材の確認を行う。
- ④ 食材選定の際には、できる限りアレルゲンになりやすい成分（卵、牛乳、小麦、ピーナッツ等）を含まないものを選定すると共に、できる限り同じ日に複数の原因食品が重複しないようにする。
- ⑤ 保護者による献立の確認の際には、具体的な対応を記載した詳細献立表や成分表（必要に応じて）を提示する。内容については必要に応じて調整し、実施する。

(2) 調理時

【事前】

- ① 原因食品や調理方法等を把握した上で作業工程表や作業動線、配膳方法等を確認する。取り違えが起きないように、食材を置く位置、扱い方等についても確認しておく。
- ② 対応方法がすぐに確認できるよう、調理室内に除去食一覧表、作業工程表、動線図を掲示する。
- ③ 調理作業に入る前に、使用する材料や調味料を複数で確認する。
- ④ 前日までに確認し、当日の朝再度、調理にかかる全員で、除去または代替する材料、調理途中での取り分け方等について共通理解を図る。

【調理】

- ① 食物アレルギー対応給食調理（除去食・代替食）については、除去すべき原因食品が混入しないように注意して調理する。
- ② 調理器具や調理員の手指、作業着等を介した調理過程での混入にも注意する。
- ③ 作業の途中で専用スペースから出入りする必要がないように、調味料等の事前準備を行い、やむを得ず出入りする場合は、その都度手や衣服を確認する。
- ④ 加熱調理の温度確認や衛生的な取り扱いなど、通常の献立と同様にし、保存食の採取や検食を行う。

(3) 配缶・配送・配膳時

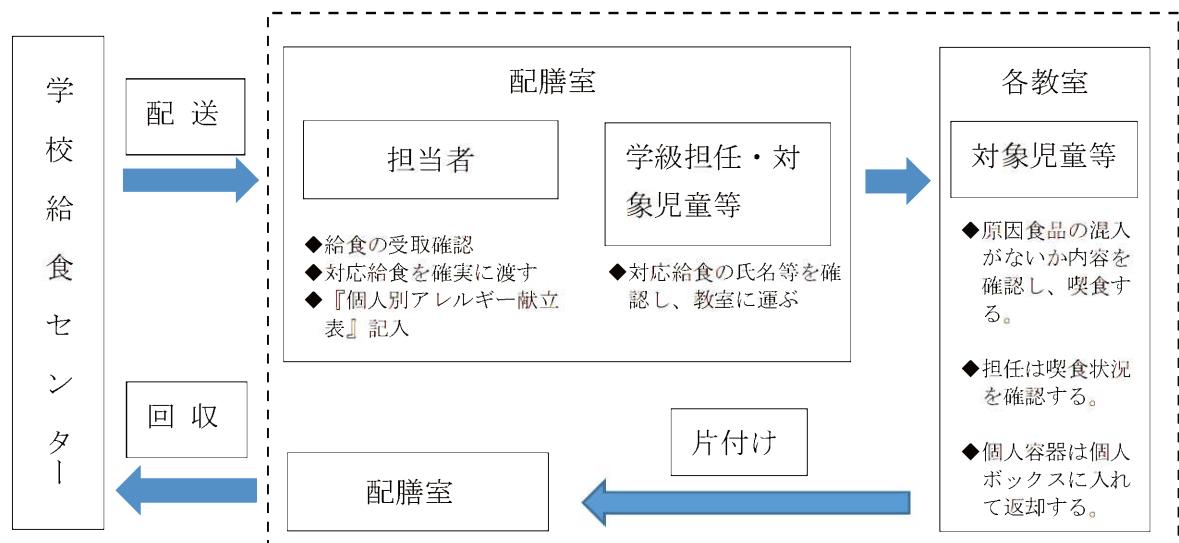
【配 缶】

- ① 個別献立表をもとに、誤調理がないかを必ず2名以上で確認する。
- ② 誤配膳がないように、学校名、学年、氏名、対応等を明記した食物アレルギー一対応児童生徒の個人容器を準備する。
- ③ 配食した個人容器は個人ボックスに入れ、各校のコンテナに確実に入れる。

【配 送・配 膳】

- ① 各校の給食主任等（以下、担当者という。）は配送された給食を受け取り、『個人別アレルギー対応献立表』に記載された対象者の給食が配膳されていることを確認し、同表に記録する。
- ② 担当者は受け渡しの際に『個人別アレルギー対応献立表』に記載された対象者であることを再度確認し、学級担任または対応児童生徒に受け渡しを行う。
- ③ 学級担任または対応児童生徒は、配膳室においてアレルギー対応給食を受け取る。
- ④ 各教室までは個人ボックスに入れたまま運ぶ。なお、対応給食提供児童等の学級担任が不在の場合は、代わりの職員が責任を持って同業務を行う。

図6 学校等における食物アレルギー対応給食受渡しと配膳の流れ



様式集

(様式1~9)

令和 年 月 日

保護者各位

伊予市立 学校
校長

学校給食における食物アレルギー調査について（依頼）

○○の候、保護者の皆様におかれましては、ますます御健勝のこととお喜び申し上げます。

日頃から学校給食の運営に対しまして御理解と御協力をいただき、感謝申し上げます。

さて、伊予市教育委員会では、食物アレルギーのある児童生徒にも安全・安心でおいしい学校給食を提供するべく、新入学生を対象に食物アレルギーの状況等についてアンケート調査を実施します。

裏面のアンケートに御記入いただき、下記のとおり御提出いただきますようお願い申し上げます。

なお、食物アレルギー除去対応食を希望される方は別紙の「学校給食における食物アレルギー対応について」を御確認ください。

記

【提出日】各校の就学時健康診断日

【提出方法】アンケートに御記入いただき、就学時健康診断の会場に御持参ください。

回収窓口にて回収いたします。

（窓口については、各会場の指示に従ってください。）

※本アンケートは、新入学児童及び転入生を対象として全員に実施しています。

食物アレルギーの有無に関わらず提出をお願いします。

小学校 入学予定者用

食物アレルギーに関するアンケート

(学校名)

(氏名)

あてはまる項目に○をつけてください。

1. 食物アレルギーがありますか。(ある • ない ⇒ (3へお進みください))

2. 「1.」で「ある」と答えた方のみお答えください。

① アレルギーの原因となる食品名を御記入ください。

[]

② 現在、定期的に病院にかかりていますか。

(はい 病院名 : • いいえ)

③ 学校給食での食物アレルギー対応を希望されますか。(はい • いいえ)

※食物アレルギー対応を希望される際には以下の実施基準を全て満たす必要があります。

【実施基準】

- ・医師の診察・検査により、食物アレルギーと診断され、特定の食物に対して食物アレルギー対応の指示があること。
- ・医師の診断に基づき、学校生活管理指導表が作成されていること。
- ・家庭においても、原因食物の除去を行っていること。
- ・毎月の「食物アレルギー対応に関する面談」に参加できること。

④ ③で「はい」と答えた方のみ御記入ください。

食物アレルギー対応給食に関する面談申込書

学校給食での食物アレルギー対応を希望するにあたり、面談を申し込みます。

令和 年 月 日

氏名 _____

保護者名 _____

(面談日につきましては、後日お知らせいたします)

3. 学校給食で気になる点がありましたら御記入ください。

[]

学校給食における食物アレルギー対応について

伊予市では、食物アレルギーのある児童生徒が学校生活を円滑に送り、給食時間を安心して過ごすことができるとともに、心身ともに健全な発育の一助となるために、「学校のアレルギー疾患に対する取組みガイドライン」（文部科学省）に基づき、市内すべての小中学校において食物アレルギー対応を実施しています。

1 対象

医師により、食物アレルギーと診断され、特定の食物に対して除去の指示を受けており、なおかつ家庭でも除去食を実施している児童生徒のうち、学校給食での対応を希望する者。

2 対応給食提供までの手順

- ① 食物アレルギーに関するアンケートを実施し、希望の有無について調査します。対応を希望される保護者には、申請に必要な書類をお渡ししますので、各校の指定日までに御提出ください。
- ② アレルギーの状態や申請内容を確認するための面談を行い、対応方法については決定通知にてお知らせします。
- ③ 給食提供にあたっては、保護者に毎月の「食物アレルギー対応に関する面談」に参加していただき、対応内容の確認をしていただきます。

3 対応期間

対応期間は1年間（年度更新制）です。毎年「学校生活管理指導表」（診断書）等の提出や面談が必要となります。（※病院受診及び指示書等にかかる費用は保護者負担となります。）

4 給食では対応できない場合

学校給食における食物アレルギー対応は、学校及び調理場の状況と医師の診断・指示に基づく児童生徒の実態を総合的に判断し、決定します。学校での協議において、安全性の確保が困難であると判断した場合には、給食での対応をお断りさせていただくこともありますので御了承ください。

嗜好等による申し出については、受けいたしかねますので御理解ください。

5 給食対応の方法

食物アレルギー対応は、下記の方法で実施します。

対応方法	内 容	
①献立表の交付	除去すべき食品が明確にわかるように作成した献立表を事前に保護者に配布し、それをもとに面談します。	
②給食停止	全 て	全ての給食を停止します。給食を提供しないため、毎日弁当を持参いただく必要があります。給食費は徴収しません。
	一 部	飲用牛乳、パン、ごはんの停止 飲用牛乳、パン、ごはんを停止します。停止分については、学校給食物資供給価格を基準として設定した金額を減額します。
③除去対応	<p>申請のあった原因食品を取り除いた給食を提供します。 調理過程において除去が困難な場合は、それに代わる料理を弁当として持参していただくように依頼することがあります。(持参については、事前の面談時にお知らせします。)</p> <p>除去食対応における給食費の減額は行いません。</p>	
④代替対応	<p>申請のあった原因食品を除去し、別の食材を用いた給食を提供します。</p> <p>代替食の提供は、飲用牛乳に関するものと、その日の給食で使用できる食材があつた場合のみの対応となります。</p> <p>(代替対応ができない場合は、除去対応と同様に持参を依頼することができます)</p> <p>代替飲料について</p> <p>食物アレルギーにより牛乳を停止した場合、希望があれば、豆乳もしくはお茶に変更することができます。変更によって生じた差額分は自己負担となります。</p>	

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 _____ 日

*この生活管理指導表は、学校の生活中において特別な配慮や管理が必要となつ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																									
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） <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. 即時型 <input type="checkbox"/> 2. 口腔アレルギー症候群 <input type="checkbox"/> 3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー <input type="checkbox"/> 4. 昆虫 <input type="checkbox"/> 5. 医薬品 <input type="checkbox"/> 6. その他 () 		★保護者 電話 : _____ ★連絡医療機関 医療機関名 : _____ 電話 : _____ 【緊急時連絡先】																									
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） <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. 食物 (原因) <input type="checkbox"/> 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー <input type="checkbox"/> 3. 運動誘発アナフィラキシー <input type="checkbox"/> 4. 昆虫 <input type="checkbox"/> 5. 医薬品 <input type="checkbox"/> 6. その他 () 		A 給食 1. 管理不要 2. 管理必要 B 食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要 C 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要 D 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 E 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 <p>※本欄に○がついた場合は、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。</p> <table border="1" style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse; width: fit-content;"> <tr> <td>鶏卵</td> <td>該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に除去根拠を記載</td> </tr> <tr> <td>2. 牛乳・乳製品</td> <td>《 》内に記載</td> </tr> <tr> <td>3. 小麦</td> <td>① 明らかな症状の既往</td> </tr> <tr> <td>4. ソバ</td> <td>② 食物統合症候群陽性</td> </tr> <tr> <td>5. ピーナッツ</td> <td>③ 既往切迫感覚異常性</td> </tr> <tr> <td>6. 甲殻類</td> <td>④ 未採取</td> </tr> <tr> <td>7. 木の実類</td> <td>() に具体的な食品名を記載</td> </tr> <tr> <td>8. 果物類</td> <td>() すべて・エビ・カニ</td> </tr> <tr> <td>9. 魚類</td> <td>() すべて・クリミ・カシュー・アーモンド</td> </tr> <tr> <td>10. 肉類</td> <td>() すべて</td> </tr> <tr> <td>11. その他</td> <td>() すべて</td> </tr> <tr> <td>12. その他2</td> <td>() すべて</td> </tr> </table> D 除去根拠 後述するもの全てを《 》内に記載 ① 明らかな症状の既往 ② 食物統合症候群陽性 ③ 既往切迫感覚異常性 ④ 未採取		鶏卵	該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に除去根拠を記載	2. 牛乳・乳製品	《 》内に記載	3. 小麦	① 明らかな症状の既往	4. ソバ	② 食物統合症候群陽性	5. ピーナッツ	③ 既往切迫感覚異常性	6. 甲殻類	④ 未採取	7. 木の実類	() に具体的な食品名を記載	8. 果物類	() すべて・エビ・カニ	9. 魚類	() すべて・クリミ・カシュー・アーモンド	10. 肉類	() すべて	11. その他	() すべて	12. その他2	() すべて
鶏卵	該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に除去根拠を記載																										
2. 牛乳・乳製品	《 》内に記載																										
3. 小麦	① 明らかな症状の既往																										
4. ソバ	② 食物統合症候群陽性																										
5. ピーナッツ	③ 既往切迫感覚異常性																										
6. 甲殻類	④ 未採取																										
7. 木の実類	() に具体的な食品名を記載																										
8. 果物類	() すべて・エビ・カニ																										
9. 魚類	() すべて・クリミ・カシュー・アーモンド																										
10. 肉類	() すべて																										
11. その他	() すべて																										
12. その他2	() すべて																										
C 原因食物・除去根拠 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. 鶏卵 <input type="checkbox"/> 2. 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 3. 小麦 <input type="checkbox"/> 4. ソバ <input type="checkbox"/> 5. ピーナッツ <input type="checkbox"/> 6. 甲殻類 <input type="checkbox"/> 7. 木の実類 <input type="checkbox"/> 8. 果物類 <input type="checkbox"/> 9. 魚類 <input type="checkbox"/> 10. 肉類 <input type="checkbox"/> 11. その他 <input type="checkbox"/> 12. その他2 		★保護者 電話 : _____ ★連絡医療機関 医療機関名 : _____ 電話 : _____ 【緊急時連絡先】																									
B-1 長期管理薬（吸入） <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. 内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬） <input type="checkbox"/> 2. アドレナリン自己注入器（「コビベン」） <input type="checkbox"/> 3. その他 () 		A 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要 B 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 C 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 D その他の配慮・管理事項（自由記述） 医療機関名 _____																									
B-2 長期管理薬（内服） <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. 口イコトリエン受容体拮抗薬 <input type="checkbox"/> 2. その他 		★保護者 電話 : _____ ★連絡医療機関 医療機関名 : _____ 電話 : _____ 【緊急時連絡先】																									
B-3 長期管理薬（注射） <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. 生物学的製剤 <input type="checkbox"/> 2. 発作時の対応 		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 【緊急時連絡先】																									
（あり・なし） アナフィラキシー / （あり・なし） 食物アレルギー / （あり・なし） 気管支せん息																											

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 _____ 組 _____

病型・治療		学校生活上の留意点		記載日	提出日
A 重症度のめやす (厚生労働科学研究所基準)		A ブール指導及び長時間の紫外線下での活動			
1. 軽症：面積に関わらず、軽度の皮疹のみが見られる。		1. 管理不要 2. 管理必要			
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。		B 動物との接触			
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。		1. 管理不要 2. 管理必要			
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。		C 発汗後			
* 軽度の皮疹：軽度の紅斑、癢感、腫脹、浮腫などを伴う病変		1. 管理不要 2. 管理必要			
※ 強い炎症を伴う皮疹：紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔化などを伴う病変		D その他の配慮・管理事項(自由記述)			
B-1 常用する外用薬	B-2 常用する内服薬	B-3 常用する注射薬			
1. ステロイド軟膏 2. タクロリムス軟膏 3. 保湿剤 4. その他 ()	1. 抗ヒスタミン薬 2. その他	1. 生物学的製剤			
A 病型	B 治療	C 学校生活上の留意点		記載日	
1. 通年性アレルギー性結膜炎 (花粉症) 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			
		D その他の配慮・管理事項 (自由記述)			
A 病型	B 治療	C 学校生活上の留意点		記載日	
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 (自由記述)			
A 病型	B 治療	C 学校生活上の留意点		記載日	
1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬 (内服) 2. 強噴霧用ステロイド液 3. 舌下免疫療法 (ダニ・スギ) 4. 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			
		D その他の配慮・管理事項 (自由記述)			

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

アレルギー除去食に関する連絡書(主治医意見書)－愛媛版2016

名前 さん(男、女) 平成・令和 年 月 日生

診断名 1 食物アレルギー 2 3

本児は診察、検査の結果、以下の食物について除去が必要と考えられます。

1. 除去が必要な食品名、および調理と食事の際の注意点は以下の通りです。

鶏卵 牛乳 小麦 大豆 ピーナッツ ナッツ類 ゴマ
 甲殻類・軟體類 魚 肉 果物 魚卵 山芋 ソバ

*詳細は2頁目の除去食物指導表を参照してください。

微量のアレルゲン混入を防ぐため専用の調理器具の使用が必要 一般的対応で可
誤食を防ぐため充分な観察と注意の中で食べさせることが 必要 一般的対応で可
定期的内服薬の有無 有() 無

2. 食物アレルギーと診断した方法は次の通りです。

問診・視診、 食物日誌、 食物除去・負荷試験の反応、 皮膚テスト、
 血液検査(IgE, RAST, HRT等)、 その他：

3. 摂取した場合に出現する可能性のある症状は次の通りです。

食品名	1	2	3	4	5	6	7	8	
□鶏卵	<input type="checkbox"/>	□未摂取 □その他()							
□	<input type="checkbox"/>	□未摂取 □その他()							
□	<input type="checkbox"/>	□未摂取 □その他()							
□	<input type="checkbox"/>	□未摂取 □その他()							
□	<input type="checkbox"/>	□未摂取 □その他()							

出現しうる症状 1 ショック 2 咳き込み・呼吸困難 3 嘔吐・腹痛 4 全身蕁麻疹

5 赤み・かゆみ 6 下痢 7 口腔内症状 8 湿疹の悪化

4. 原因食品摂取時には、保護者に至急連絡し指示を受けて下さい。

緊急の場合には以下の対応が必要です 緊急の対応が必要となる可能性は少ない
 内服薬()
 医療機関連絡・受診: 当院 救急病院 その他()
 自己注射(エピペン0.15mg・0.3mg)

*緊急の事態に保護者に連絡がとれない場合、園・学校から主治医に連絡し指示を受けることに保護者が同意を している していない 不明

5. 本連絡書(意見書)の内容については、下記の期間をおいて再評価が必要です。

1ヶ月後 3ヶ月後 6ヶ月後 1年後 ()年後

6. その他の連絡事項

令和	年	月	日
住 所			
医療機関			
電話番号			
医 師			

患者名： さん 令和 年 月 日記入
 除去食品指導表

食物アレルギーのため除去の必要な食品は、□にチェックを入れます。

鶏卵アレルギー	
<input type="checkbox"/> 生卵・生メレンゲを使ったお菓子	
生卵入りの生クリーム・アイスクリームなど	
<input type="checkbox"/> 半熟卵を含む料理や菓子	
親子どんぶり・かき玉汁・卵とじ	
カスタードクリーム・マヨネーズなど	
<input type="checkbox"/> 加熱卵白を相当量含む料理や菓子	
卵焼き・茶碗蒸し・ゆで卵・薄焼き卵	
プリン・カステラ・ケーキ・菓子パンなど	
<input type="checkbox"/> 加熱卵白を中等量含む菓子	
ドーナツ・卵ボーロ・クッキー・ビスケット	
<input type="checkbox"/> つなぎに卵白を少量含む製品	
練り製品・ハム・ソーセージ・ベーコン	
<input type="checkbox"/> 加熱した卵を微量含む	
食パン・天ぷら粉・麺類など	
<input type="checkbox"/> 固ゆで卵の卵黄	

牛乳アレルギー	
<input type="checkbox"/> 牛乳・粉ミルク・フルーツ牛乳	
<input type="checkbox"/> 生の牛乳を用いた食品	
アイスクリーム・生クリーム	
<input type="checkbox"/> チーズ	
<input type="checkbox"/> 加熱牛乳、ヨーグルト	
<input type="checkbox"/> 牛乳を加熱して使った料理	
プリン、ホワイトソース	
<input type="checkbox"/> 乳酸菌飲料	
<input type="checkbox"/> 牛乳を含むパン・焼き菓子	
<input type="checkbox"/> バターのみを含むパン・焼き菓子	
<input type="checkbox"/> バター、マーガリンを使った料理	
※ 分かっている場合、 牛乳換算(ml)まで	
※ アレルギー用ミルクを使用している場合 ミルク名()	

小麦アレルギー	
<input type="checkbox"/> 小麦粉を主体とした製品	
うどん、スパゲッティー・パスタ類	
麸(ふ)、パン類	
<input type="checkbox"/> カレー・シチュなどのルー	
<input type="checkbox"/> 肉・練り製品のつなぎ	
<input type="checkbox"/> オートミール・麦茶	
<input type="checkbox"/> 小麦入り醤油、味噌など	

大豆アレルギー	
<input type="checkbox"/> 豆乳	<input type="checkbox"/> 大豆
<input type="checkbox"/> 枝豆	<input type="checkbox"/> おから
<input type="checkbox"/> 納豆	<input type="checkbox"/> 豆腐
<input type="checkbox"/> 大豆もやし	
<input type="checkbox"/> 大豆入り味噌や醤油	
<input type="checkbox"/> 大豆油を使った料理や菓子	

<input type="checkbox"/> ピーナッツ	<input type="checkbox"/> ナッツ全般	(<input type="checkbox"/> アーモンド	<input type="checkbox"/> クルミ	<input type="checkbox"/> カシューナッツ	<input type="checkbox"/>		
甲殻類・軟體類	<input type="checkbox"/> 全般	<input type="checkbox"/> エビ	<input type="checkbox"/> カニ	<input type="checkbox"/> イカ	<input type="checkbox"/> タコ	<input type="checkbox"/> 貝類	<input type="checkbox"/>
魚	<input type="checkbox"/> 全般	右の魚のみ不可	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肉類	<input type="checkbox"/> 鶏肉	<input type="checkbox"/> 牛肉	<input type="checkbox"/> 豚肉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
果物	<input type="checkbox"/> キウイ	<input type="checkbox"/> バナナ	<input type="checkbox"/> リンゴ	<input type="checkbox"/> モモ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
魚卵	<input type="checkbox"/> 全般	(<input type="checkbox"/> イクラ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/> 山芋	<input type="checkbox"/> ソバ	<input type="checkbox"/> ゴマ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

食物アレルギー個別調査票

保護者記入日：令和 年 月 日

学校名		学年・組	年 組
氏名		生年月日	
住所		TEL	

I. 食物アレルギーの既往について

1 症状について

(1) 初めて発症した時の状況

年月日	年齢	原因食物

(2) 今まで出た症状について当てはまるもの全てにチェックを入れてください

- 顔や目の周りの赤み、腫れ 口やのどのかゆみ
 舌や唇の腫れ 声がかがされる ぜん息
 腹痛 嘔吐 下痢 アナフィラキシー症状
 その他 ()

※アナフィラキシーの症状の経験がある場合にお答えください。

- ① 過去の発症回数 (回) ② 最後の発症年月日 (年 月)
③ 発症時の具体的な症状 ()
④ 医師から注意するように言われている症状
()

(3) 家庭での対応について

- 家では出さない 取り除いて食べている
 その他 ()

面談記録

※学校で記入します。

面談日 月 日()

参加者 _____

記録者 _____

II. 現在の食物アレルギーの状況について

(1) 食物アレルギーを起こす原因食物について

食品名	食したときの症状	家庭での対応
		<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 本人除去 <input type="checkbox"/> 特に配慮なし <input type="checkbox"/> その他 ()
		<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 本人除去 <input type="checkbox"/> 特に配慮なし <input type="checkbox"/> その他 ()
		<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 本人除去 <input type="checkbox"/> 特に配慮なし <input type="checkbox"/> その他 ()
		<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 本人除去 <input type="checkbox"/> 特に配慮なし <input type="checkbox"/> その他 ()

面談記録

※学校で記入します。

(2) アレルギー疾患の治療のために使用している薬について

- なし
- あり

(内服薬・外用薬・吸入器・注射器・その他)

※エビペン®を処方されている場合にお答えください

- ① 今までにエビペン®を使用した回数 () 回
- ② 使用年月日 (年 月)
- ③ 使用時の状況 (注射した人 : 症状 :)
- ④ 自己注射の必要性について本人が十分理解し、使用方法も把握している している していない
- ⑤ 緊急時には教職員等が代理注射を行う可能性があることを十分理解している している していない

(3) 学校に薬品の携帯を希望しますか

- 希望しない
- 希望する (常備薬として携帯 緊急時に備えた携帯)
薬剤名 : ()

(4) 児童生徒自身での薬等の管理について

- できる
 (保管場所)
 (使用するタイミング)
 できない

面談記録

※学校で記入します。

III. 緊急連絡先について

(1) 保護者連絡先

順位区分	氏名	TEL	続柄	特記事項
1		(携帯・自宅・職場)		
2		(携帯・自宅・職場)		
3		(携帯・自宅・職場)		

(2) かかりつけ医療機関

医療機関名		住所	
主治医名		TEL	
緊急時の受入	可	・	不可
救急番号			

(3) 緊急時に搬送できる医療機関

- なし
 あり ⇒ かかりつけと同じ 他医療機関 (↓表に記入)

医療機関名		住所	
主治医名		TEL	
救急番号			

(4) アレルギー症状を起こした場合の、緊急時の対応、搬送時の注意事項等について

--

面 談 内 容

※学校で記入します。

【確認事項】

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 食物アレルギー病型 | <input type="checkbox"/> 学校給食でのアレルギー対応の役割分担
(保護者・学級担任・栄養士・養護教諭・給食主任等) |
| <input type="checkbox"/> アナフィラキシー病型 | <input type="checkbox"/> 原因食物等を扱う授業や活動の制限 |
| <input type="checkbox"/> 原因食物 | <input type="checkbox"/> 体育や部活動等の運動の制限や留意点 |
| <input type="checkbox"/> 原因食物除去の程度（重量・加熱・非加熱等） | <input type="checkbox"/> 発作がおこりやすい運動や天候・季節 |
| <input type="checkbox"/> 緊急時に備えた処方薬（携帯） | <input type="checkbox"/> 宿泊を伴う校外活動の配慮事項 |
| <input type="checkbox"/> 緊急時の対応方法や連絡先 | <input type="checkbox"/> 家庭でのアレルギー対応の取り組みについて |
| <input type="checkbox"/> 学校生活での留意点 | <input type="checkbox"/> 除去による栄養不足を防ぐための指導 |
| <input type="checkbox"/> 学校給食での対応範囲の説明 | <input type="checkbox"/> 同意内容 |
| <input type="checkbox"/> 除去食対応の給食費負担の説明 | |

食物アレルギー対応申請書 新規（新入学・転入・在学）

様式4

令和 年 月 日

伊予市立 学校 校長 様

保護者氏名

電話番号

学校給食における食物アレルギー対応を希望しますので、必要書類を添えて申請します。

学校名		学年・組	年 組
氏 名		性別 男・女	生年月日

1. 対応希望内容（希望内容にチェックをしてください）

給食停止等	<input type="checkbox"/> 給食すべての停止 <input type="checkbox"/> 一部給食の停止※（ <input type="checkbox"/> 飲用牛乳 <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> ごはん） ※飲用牛乳、パン、ごはんの停止については食材費の減額処置をします。
対応内容 (除去・代替等)	<input type="checkbox"/> 除去（代替） () <input type="checkbox"/> 代替飲料（ <input type="checkbox"/> 豆乳 <input type="checkbox"/> お茶） ※飲料牛乳を停止した場合、希望者には豆乳またはお茶を代替飲料として提供することができます。ただし、差額分は自己負担となります。
献立表の交付	<input type="checkbox"/> 詳細な献立表の交付 • <input type="checkbox"/> 加工食品の成分表の提供
備考	

2. 食物アレルギー対応給食の実施にあたり、下記についてご理解いただき、ご同意ください。

すべての項目を確認の上、必ずチェックしてください。

- 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。
- 次年度以降、継続を希望する場合には、新たに学校生活管理指導表の提出が必要であること。
- 提出された情報は、教職員、教育委員会、必要に応じてその他連携機関で共有されること。
- 栄養面・献立面で不足が生じる可能性があること。（対象外の食物が除去される可能性あり）
- 不足があれば、一部弁当持参の必要な場合があること。
- 微量混入（コンタミネーション）の可能性は完全に排除できること。
- 必要に応じて、他の児童と違う食器具を使うこと。
- ご家庭でも協力していただきたい事項
 - ・給食の食べ方や食事制限が必要なことをお子さんに伝えてください。
 - ・お子さんと必ず一緒に献立表で確認して、食べることができない給食の確認をしてください。
- 申請内容はすべて実現するとは限らず、面談内容を基に審査・決定されること。

食物アレルギー対応申請書 (継続・変更者用)

様式5

令和 年 月 日

伊予市立 学校 校長 様

保護者氏名

学校給食における食物アレルギー対応について、(継続 ・ 変更) を希望しますので、必要書類を添えて申請します。

学校名		学年・組	年 組
氏 名		性別 男・女	生年月日

1. 今後の学校給食での食物アレルギー対応について (希望内容にチェックをしてください)

給食停止等	<input type="checkbox"/> 給食すべての停止 <input type="checkbox"/> 一部給食の停止※ (<input type="checkbox"/> 飲用牛乳 <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> ごはん) ※飲用牛乳、パン、ごはんの停止については食材費の減額処置をします。
対応内容 (除去・代替等)	<input type="checkbox"/> 除去 (代替) (<input type="checkbox"/> 代替飲料 (<input type="checkbox"/> 豆乳 <input type="checkbox"/> お茶) ※飲料牛乳を停止した場合、希望者には豆乳またはお茶を代替飲料として提供することができます。ただし、差額分は自己負担となります。
献立表の交付	<input type="checkbox"/> 詳細な献立表の交付 • <input type="checkbox"/> 加工食品の成分表の提供
備考 (変更理由等)	

2. 食物アレルギー対応給食の実施にあたり、下記についてご理解いただき、ご同意ください。

すべての項目を確認の上、必ずチェックしてください。

- 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。
- 次年度以降、継続を希望する場合には、新たに学校生活管理指導表の提出が必要であること。
- 提出された情報は、教職員、教育委員会、必要に応じてその他連携機関で共有されること。
- 栄養面・献立面で不足が生じる可能性があること。(対象外の食物が除去される可能性あり)
- 不足があれば、一部弁当持参の必要な場合があること。
- 微量混入 (コンタミネーション) の可能性は完全に排除できること。
- 必要に応じて、他の児童と違う食器具を使うこと。
- ご家庭でも協力していただきたい事項
 - ・給食の食べ方や食事制限が必要なことをお子さんに伝えてください。
 - ・お子さんと必ず一緒に献立表で確認して、食べることができない給食の確認をしてください。
- 申請内容はすべて実現することは限らず、面談内容を基に審査・決定されること。

新規

令和 年度 繼続 食物アレルギー対応承認依頼書

変更

令和 年 月 日

伊予市教育委員会 教育長 様

学校学校長印

別添えのとおり、申請者について報告いたします。

つきましては、認定にあたりご承認をお願いいたします。

[対象人数] _____ 名

[添付資料]

<input type="checkbox"/> 食物アレルギー対応申請書（写し）	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー個別調査票（写し）
<input type="checkbox"/> 学校生活管理指導表（写し）	<input type="checkbox"/>

[備考]

令和 年 月 日

学校学校長 様

伊予市教育委員会

教育長

学校給食での食物アレルギー対応について（通知）

令和 年 月 日付で申請のありました学校給食での食物アレルギー対応について、下記の通り決定しましたので通知します。

- アレルギー対応給食の提供を行います。

対象 児童生徒	学年・組	年 組
	氏名	
対応期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 まで	
対応内容	給食停止等 (食材費の 減額)	<input type="checkbox"/> 給食すべての停止 <input type="checkbox"/> 一部給食の停止 (<input type="checkbox"/> 飲用牛乳 <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> ごはん)
	除去・代替 対応	<input type="checkbox"/> 除去 (<input type="checkbox"/> 代替 <input type="checkbox"/> 代替飲料 (<input type="checkbox"/> 豆乳 <input type="checkbox"/> お茶)
	献立表の 交付	<input type="checkbox"/> 詳細な献立表の交付 <input type="checkbox"/> 加工食品の成分表の提供
備考		

- 以下の理由によりアレルギー対応給食を実施できません。

令和 年 月 日
様

学校
学校長

学校給食での食物アレルギー対応について（通知）

令和 年 月 日付で申請のありました学校給食での食物アレルギー対応について、教育委員会承認のもと、下記の通り決定しましたので通知します。

- アレルギー対応給食の提供を行います。

対象	学年・組	年 組
児童生徒	氏名	
対応期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 まで	
	給食停止等 (食材費の 減額)	<input type="checkbox"/> 給食すべての停止 <input type="checkbox"/> 一部給食の停止 (<input type="checkbox"/> 飲用牛乳 <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> ごはん)
対応内容	除去・代替 対応	<input type="checkbox"/> 除去 (<input type="checkbox"/> 代替 <input type="checkbox"/> 代替飲料 (<input type="checkbox"/> 豆乳 <input type="checkbox"/> お茶)
	献立表の 交付	<input type="checkbox"/> 詳細な献立表の交付 <input type="checkbox"/> 加工食品の成分表の提供
備考		

※対応期間中に症状の変更があった場合には、速やかに学級担任までご連絡ください。

- 以下の理由によりアレルギー対応給食を実施できません。

食物アレルギー対応辞退届

令和 年 月 日

伊予市立 学校 校長 様

学校名年 組 氏名保護者氏名 印

下記のとおり、食物アレルギー対応を辞退します。

記

対応内容

理由

アレルギー対応食品確認書

除去食内容を確認し、下記に をしてください。

- 変更無 · 変更有（「追記または修正事項」の欄に赤で記入）
学校 年 組 氏名 [保護者氏名（自筆）])

參 考 資 料

食物アレルギー緊急時対応マニュアル

P.1

アレルギー症状への対応手順と役割分担

- ・原因食物を食べた
- ・原因食物に触れた
- ・何らかのアレルギー症状がある（初期症状を含む）

よくある訴え 「気持ち悪い」「のどがかゆい、イガイガする」「お腹が痛い」「息が苦しい」「かゆい」等

子どもに異変？ アレルギーの可能性をまず考える

発見者

- リーダー代行
(管理職到着後交代)
- 場所の確保
- 人の確保

- 子どもから目を離さない、ひとりにしない
- 助けを呼び、人をあつめる
- ひとりで判断・対応しない
- 可能なら保健室へ移動
移動は歩かせない（車椅子・担架等を使用）

3人以上の
教職員で対応

- 校長・教頭・園長 等
- 現場に到着次第リーダーとなる
 - 対応について指示・判断
 - 保護者への状況説明

体制図を参考にして、各校毎に校内の担当者および緊急連絡体制を作成する。

連絡役

- 管理者を呼ぶ
- 救急車を要請
- 保護者に連絡
- さらに人を集め
- 救急車到着後の誘導
- 他の子の対応

観察役（発見者）

- 発見者又は養護教諭
(養護教諭到着したら交代)
- 症状の観察
- 緊急性の判断
- 子どもに声をかけ続ける
- 処置の必要性を判断

準備役

- 「食物アレルギー緊急時対応マニュアル」を持ってくる
- エピペン
- 緊急時薬
- AED
- その他の必要物品
- 記録

緊急性が高いアレルギー症状はあるか？

緊急性の判断と対応

P.3

緊急性が高いアレルギー症状への対応

ただちにエピペンを使用
救急車を要請

P.3

反応がなく、呼吸がない

心肺蘇生を行う

P.6

医療機関へ搬送

詳細については、「学校給食における食物アレルギー対応マニュアル」を参照すること

ある

ない

5分毎に症状を観察し、経過と処置を記録

P.2

緊急時記録シートのレベル
(赤■・黄■・青■)に従い対応。

緊急性の高い症状の出現に注意する。

緊急時記録シート（症状・処置）

◆症状は急激に変化することがあるため、5分ごとに、注意深く症状を観察し、記録する。

年 組 氏名 :

記録時刻 : 時 分 記録者氏名 ()

誤食した時間	令和 年 月 日 時 分		
食べたもの・食べた量	※二重線内は1回目のチェック時のみ記入		
処置	<input type="checkbox"/> 口の中のものを取り除く <input type="checkbox"/> 薬の内服・吸入（内容） <input type="checkbox"/> エピペンの使用		
備考			

← 緊急症状が出た時刻 : 時 分頃

全身の
症状

- 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

呼吸器
の症状

- のどや胸が締め付けられる
- 声がかされる
- 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

数回の軽い咳

消化器
の症状

- 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

- 中等度のお腹の痛み
- 1~2回のおう吐
- 1~2回の下痢

- 軽いお腹の痛み
(がまんできる)
- 吐き気

目・口・
鼻・顔面の
症状

上記の症状が
1つでもあてはまる場合

- 顔全体の腫れ
- まぶたの腫れ

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

皮膚の
症状

- 強いかゆみ
- 全身に広がるじんましん
- 全身が真っ赤

- 軽度のかゆみ
- 数個のじんましん
- 部分的な赤み

- ① **ただちにエピペンを使用**
- ② **救急車要請**
- ③ その場で安静を保つ
- ④ その場で救急隊を待つ
- ◆必要に応じて蘇生術を行なう

**ただちに救急車で
医療機関へ搬送**

- ① 主治医、校医（園医）に連絡して指示を受ける
- ② 緊急時薬があれば内服もしくは吸入
- ③ エピペン準備
- ④ 医療機関受診（救急車の要請も考慮）

**速やかに
医療機関を受診**

- ① 安静にして経過観察
- ② 必要に応じて主治医、校医（園医）に連絡して指示を受ける
- ③ 緊急時薬があれば内服もしくは吸入
- ④ 保護者に連絡

**安静にし、
注意深く経過観察**

緊急性が高いアレルギー症状への対応

- ◆アレルギー症状があったら5分以内に判断する！
- ◆迷ったらエピペンを打つ！ただちに119番通報をする！

緊急性が高いアレルギー症状

【全身の症状】

- ぐったり
- 意識もうろう
- 尿や便を漏らす
- 脈が触れにくいため不規則
- 脣や爪が青白い

【呼吸器の症状】

- のどや胸が締め付けられる
- 声がかかれる
- 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
(ぜん息発作と区別できない場合を含む)

【消化器の症状】

- 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



1つでもあてはまる場合

① エピペンを使用する

② 救急車を要請する（119番通報）

③ その場で安静にする（下記の体位を参照）

立たせたり、歩かせたりしない！

④ その場で救急隊を待つ

◆エピペンを使用し10～15分後に症状の改善が見られない場合は、

次のエピペンを使用する（2本以上ある場合）

◆反応がなく、呼吸がなければ心肺蘇生を行う。

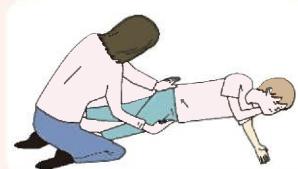
安静を保つ体位

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なれない場合



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

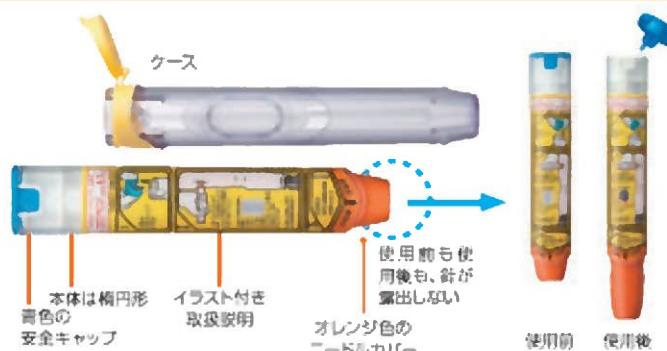
エピペンの使い方

◆それぞれの動作を声に出し、確認しながら行う

●エピペン® の外観



提供：ファイザー株式会社



●エピペン® の使い方

いざという時に正しくエピペン® を使用するためには、日頃からの練習が不可欠です。

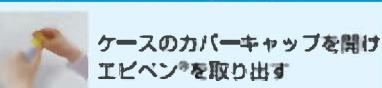
トレーナーではなく 本物であることを確認する



ラベル、ニードルカバーの違い
を確認しましょう

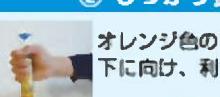
◆それぞれの動作を声に出し、確認しながら行う

① ケースから取り出す



ケースのカバーキャップを開け
エピペン®を取り出す

② しっかり握る



オレンジ色のニードルカバーを
下に向け、利き手で持つ

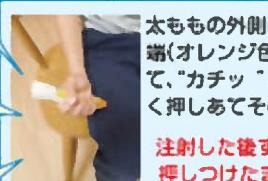
“グー”で握る！

③ 安全キャップを外す



青い安全キャップを外す

④ 太ももに注射する



太ももの外側に、エピペン®の先端(オレンジ色の部分)を強くあて、“カチッ”と音がするまで強く押しあてそのまま5つ数える

注射した後すぐに抜かない！
押しつけたまま5つ数える！

投与部位に なにもないことを確認する

投与部位に重なってしまうボ
ケットの中を確認しましょう

投与する前には、 必ず子どもに声をかける

エピペン® は振り下ろさない

振り下ろしている瞬間に子ども
が動いてしまい正しく打てないお
それがあるので、軽く押しかてた
状態から、押しつけましょう

投与した薬剤が速やかに吸収さ
れ早く効果が現れるようにするた
めに、投与部位をもみます。

図のように、足の付け根と膝の両方の開
節を押さえすることで、しっかりと固定できる
だけではなく、押さえている手を自印に止しい
部位に沿与することができる。

介助者がいる場合



介助者は、子どもの太ももの付け根と
膝をしっかりと押さえ、動かないように
固定する

注射する部位

- ・衣類の上から、打つことができる
- ・太ももの外側の筋肉に注射する
(真ん中(Ⓐ)よりも外側で、かつ
太ももの付け根と膝の間の部分)

おおむねの場合



座位の場合



救急要請（119番通報）のポイント

◆あわてず、ゆっくり、正確に情報を伝える

119番、
火事ですか？
救急ですか？



救急です。



- ① アナフィラキシーで救急要請であることを伝える。

住所はどこで
すか？



伊予市〇〇
〇丁目〇番
(学校名)です。



- ② 救急車に来てほしい住所を伝える

住所、施設名をあらかじめ記載しておく

どうしました
か？



〇歳の生徒が
給食を食べた後、
呼吸が苦しいと
言っています。



- ③ 「いつ、だれが、どうして、現在
どのような状態なのか」をわかる範
囲で伝える

エピペンの処方やエピペンの使用の
有無を伝える

あなたの名前と連
絡先を教えてくだ
さい。



私の名前は
〇〇です。
電話番号は
〇〇です。



- ④ 通報している人の氏名と連絡先を
伝える

119番通報後も連絡可能な電話番号
を伝える

- ⑤ 救急隊が到着するまでの応急手当
の方法を聞く

※向かっている救急隊から、その後の状態確認等のため電話がかかってくる
ことがある

通報時に伝えた連絡先の電話は、常につながるようにしておく

心肺蘇生と AED の手順

- ◆強く、速く、絶え間ない胸骨圧迫を！
- ◆救急隊に引き継ぐまで、または、子供に普段通りの呼吸や目的のある仕草が認められるまで心肺蘇生を続ける

① 反応の確認

肩を叩いて大声で呼びかける
乳幼児では足の裏を叩いて呼びかける

反応がない

② 通報

119 番通報と AED の手配を頼む

③ 呼吸の確認

10 秒以内で胸とお腹の動きを見る

普段通りの呼吸をしていない

※普段通りの呼吸をしている
ようなら、観察を続けながら救急隊の到着を待つ

④ 必ず胸骨圧迫！可能なら人工呼吸

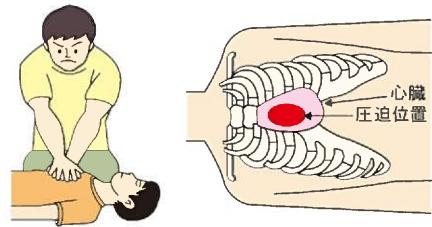
30 : 2

ただちに胸骨圧迫を開始する
人工呼吸の準備ができ次第、可能なら人工呼吸を行う

⑤ AED のメッセージに従う

電源ボタンを押す
パッドを貼り、AED の自動解析に従う

【胸骨圧迫のポイント】



- 胸の真ん中を両手で圧迫
- 強く（胸の厚さの約 1/3）
- 速く（少なくとも 100 回/分）
- 絶え間なく（中断は最小限にする）



【人工呼吸のポイント】



- 息を吹き込む際
- 約 1 秒かけて
- 胸の上がりが見える程度

【AED 装着のポイント】

- 電極パッドを貼り付ける時も、できるだけ胸骨圧迫を継続する
- 電極パッドを貼る位置が汗などで濡れていたらタオル等でふき取る
- 6 歳くらいまでは小児用電極パッドを貼る。なければ成人用電極パッドで代用する



【心電図解析のポイント】

- 心電図解析中は、子供に触れないように周囲に声をかける



【ショックのポイント】

- 誰も子供に触れていないことを確認したら、点滅しているショックボタンを押す

本マニュアルは、伊予市教育委員会「学校給食における食物アレルギー対応マニュアル」（令和3年 月作成）を補完するものです。ご不明な点については、伊予市学校給食センター（089）989-5257までお問い合わせください。