

成田市学校給食食物アレルギー対応マニュアル

令和4年8月

成田市教育委員会

目 次

I	学校での食物アレルギー対応の流れ	1
II	食物アレルギーについての理解（職員研修）	3
III	保護者との面談について	4
IV	食物アレルギーを有する児童生徒への学校給食の提供ケースについて	5
	ケース1 献立表対応	5
	ケース2 弁当対応	5
	ケース3 除去食対応	6
V	除去食対応について	7
	1. 基本方針	7
	2. 実施要件について	7
	3. 実施内容について	7
	4. 医師の診断書の提出について	8
	5. 給食費について	8
	6. 共同調理場の役割について	8
	7. 教育委員会の役割について	8
	8. その他	8
VI	学校・保護者の役割について	9
	1. 校長・教頭の役割	10
	2. 学級担任の役割	10
	3. 養護教諭の役割	11
	4. 給食主任の役割	11
	5. 栄養教諭等の役割	11
	6. 配送員の役割	12
	7. 保護者の役割	12
VII	学校給食での食物アレルギー対応の流れ	13
	1. 対応する内容の確認	13
	2. 個別面談	13
	3. 面談記録票の作成	13
	4. 食物アレルギー対応委員会の設置	13
	5. 情報の共有	13
	6. 保護者への通知	13
	7. 対応の準備と開始	14
	8. 配送と配食	14
	9. 検証と個別指導	14

10.	教育委員会との連携	14
11.	継続・変更・中止の場合	14
12.	事故の報告	15
13.	食物アレルギー対応の手順	15
13.	食物アレルギー除去食の配膳の流れと受け渡しフロー	16
VIII	学校給食以外での留意点	17
IX	緊急時の対応	18
1.	緊急時の対応モデル	18
2.	食物アレルギー症状チェックシート記入について	19
3.	エピペン®の使い方	20
X	各種様式	21
様式1-a	食物アレルギーに関する調査表	22
様式1-b	食物アレルギーに関する調査表（除去食未対応用）	23
様式1-a	食物アレルギーに関する調査表（記入上の注意）	24
	学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）（公財）日本学校保健会作成	25
様式2	学校生活管理指導表（食物アレルギー疾患用）	26
様式2	学校生活管理指導表（食物アレルギー疾患用）記入について	27
様式3	食物アレルギー個別取組プラン	30
様式4	面談記録票	31
様式5	学校給食食物アレルギー除去食申請書（新規用）	33
様式6	学校給食食物アレルギー除去食申請書（継続・変更・中止用）	34
様式7-1	学校給食食物アレルギー除去食（新規・継続・変更・中止）決定通知書 ※給食センター所長あて	35
様式7-2	学校給食食物アレルギー除去食（新規・継続・変更・中止）決定通知書 ※保護者あて	36
様式8	食物アレルギー除去食受け渡しチェック表（調理場→学校）	37
様式8	食物アレルギー除去食受け渡しチェック表（調理場→学校）記入について	38
様式9	食物アレルギー除去食受け渡しチェック表（教職員→本人）	39
様式9	食物アレルギー除去食受け渡しチェック表（教職員→本人）記入について	40
様式10	食物アレルギー症状チェックシート	41
参考様式1	食物アレルギーに関する調査表の提出について（依頼）	42
参考様式2	学校生活管理指導表（食物アレルギー疾患用）の提出について（依頼）	43
参考様式3	学校生活管理指導表（食物アレルギー疾患用）の記載について（依頼）	44
XI	Q&A	45

I 学校での食物アレルギー対応の流れ（新規の場合）

① 従来どおり、全児童生徒を対象に**健康調査票**で食物アレルギー疾患を持つ児童生徒を把握します。



② **健康調査票**でアレルギー有りと回答した児童生徒のみを対象に**食物アレルギーに関する調査表（様式 1-a 又は 1-b）**を配布し、食物アレルギー疾患の詳細を把握します。

（様式 1-a）22 ページ、（様式 1-b）23 ページ

※様式 1-a は、除去食対応が可能な学校用です。他の学校では様式 1-b を使用してください。



③ 個別対応〔（ケース 1 献立表対応）、（ケース 2 弁当対応）（ケース 3 除去食対応）〕を希望する保護者へ**学校生活管理指導表（食物アレルギー疾患用）（様式 2）**※、**学校給食食物アレルギー除去食申請書（新規用）（様式 5）**を配付します。

※（財）日本学校保健会が作成した**学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）**に替えることも可。

（様式 2）表 26 ページ・裏 28 ページ、（様式 5）33 ページ

学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）25 ページ

（様式 2）又は学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）は、主治医や学校医に記載してもらい学校に提出します。

※除去食対応でない学校では、（様式 2）のみの配付となります。



④ 個別対応（献立表対応、弁当対応、除去食対応）を希望する場合は、保護者と個別面談を行い、上記②、③の内容を確認します。

◇ 面接者は校長または教頭、学級担任、養護教諭、給食主任、栄養教諭及び学校栄養職員（以下「栄養教諭等」という）。教育委員会担当者



⑤ **食物アレルギー個別取組プラン（様式 3）、面談記録票（様式 4）**を作成します。

（様式 3）30 ページ、（様式 4）31・32 ページ

◇作成者は校長または教頭、学級担任、養護教諭、給食主任、栄養教諭等





- ⑥ **食物アレルギー対応委員会**を開催し、取組プランの検討・決定をします。
- ◇ 校長または教頭、学級担任、養護教諭、給食主任、栄養教諭等、教育委員会担当者、可能であれば学校医等



必要に応じて具体的な内容の調整を行います。



- ⑦ 保護者と個別面談を実施します。
- ◇ 学校での対応及び保護者への協力依頼等について、面談を通じて、学校と保護者が共通理解を図ります。



- ⑧ 除去食対応が決定した場合（除去食対応校のみ）
- 「**学校給食食物アレルギー除去食決定通知書**」（様式 7-1）を学校給食センターへ送付し確認を得たのち、「**学校給食食物アレルギー除去食決定通知書**」（様式 7-2）を保護者に渡します。

（様式 7-1）35 ページ、（様式 7-2）36 ページ



- ⑨ ⑥で決定した「取組プラン」を全ての教職員に周知徹底します。



- ⑩ 対応の開始
- ◇ 養護教諭や栄養教諭等は該当児童生徒への個別指導を併せて開始します。



- ⑪ 評価・見直し
- ◇ 「**食物アレルギー対応委員会**」を開催し、対応状況の評価と見直しを行います。

Ⅱ 食物アレルギーについての理解（職員研修）

アレルギー疾患には、気管支喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性結膜炎、食物アレルギー、アレルギー性鼻炎等、様々なものがあります。

アレルギー疾患に対する取組のポイントは次の3点です。

○各疾患の特徴をよく知ること

○個々の児童生徒の症状等の特徴を把握すること

○症状が急速に変化するを理解し、日頃から緊急時の対応への準備を行っておくこと

職員研修では、以下のような内容を行うことが必要です。

職員研修のポイント

1 事前の対応

(1) 基本的な知識・理解

①食物アレルギーとは

定義・頻度・原因・症状・治療

②アナフィラキシーとは

定義・頻度・原因・症状・治療

アレルギー反応により、皮膚症状、
消化器症状、呼吸器症状が、複数同
時にかつ急激に出現した状態を
アナフィラキシーと言います。

2 日常の対応（自校のマニュアルの確認）

(1) 給食での配慮事項（調理場や保護者との連携）

(2) 給食以外での配慮事項

(3) 食育を通して、他の児童生徒への説明・協力

(4) 幼稚園、小学校、中学校等、異なる学校段階での連携

(5) 該当児童生徒に対する個別指導

（家庭と連携して食べて良いもの、いけないものを自覚させる）

3 緊急時の対応

(1) 発症時の症状と対応の仕方（教職員の役割分担）

(2) 緊急対応訓練（シミュレーション研修、消防機関や医療機関との連携）

(3) エピペン®の保持者と保管場所の確認

(4) エピペン®の使い方（実技研修）

(5) 発症後の児童生徒の心のケア

アドレナリン自己注射薬（エピペン®）は、アナフィラキシーを起こす危険が高く、
万一の場合に直ちに医療機関での治療を受けられない状況下にある者に対し、事前に
医師が処方する自己注射薬です。 ※20 ページ参照

Ⅲ 保護者との面談について

保護者との面談のねらいは、対象の児童生徒の情報を詳細に得ること、そして、保護者に学校給食の提供までの流れや学校及び調理場の現状を理解してもらうことです。

そこで、保護者との面談のポイントとして、次のような事柄が考えられます。

保護者との面談のポイント

1 食物アレルギーに関する調査表及び学校生活管理指導表に基づく確認をします。

- 食物アレルギーの病型、アナフィラキシー病型、原因食物、過去に経験した具体的な食物アレルギー症状、家庭での様子、搬送医療機関、主治医名、エピペン®所持の有無、緊急時対応、緊急連絡先の情報共有への同意等

2 保護者からの要望事項を聞きとります。

3 自校の食物アレルギーに対する基本的な考え方を示します。

- 本人の安全を第一に考えていること。
- コンタミネーション及びキャリーオーバーや調味料、だし、添加物等、極微量で反応が誘発される可能性がある場合は、弁当対応とすること。
- アレルギー原因食物の除去は完全除去が基本であること。
- 他の児童生徒と同じように給食を楽しめることを目指していること。
- 全ての教職員で対応していること。
- 本人・保護者の了解の下、同じクラスの児童生徒の理解、協力を得ていること。

4 自校の状況を説明し、理解を求める。

- 現状のアレルギー対応について
- 調理場の能力及び環境について
- 個別の取組プランの内容について

自校の食物アレルギーに対する基本的な考え方や自校の状況を説明し、保護者の理解を得ることが大切です。

IV 食物アレルギーを有する児童生徒への学校給食の提供ケースについて

ケース 1 献立表対応（アレルギー原因物質の表示）

学校給食で使用する食材やアレルギー 28 品目を表示したアレルギー表示献立表を家庭に事前に配付し、それを基に保護者や担任などの指示、もしくは児童生徒自身の判断で、学校給食から原因食品を除外しながら食べる対策です。

すべての対応の基本であり、ケース 2, 3 でもケース 1 の対応は実施します。

※ケース 1 対応のポイント

- 1 食材納入業者にアレルギー食品に関する資料の提供を依頼します。(調理場)
- 2 資料を基に、使用食材やアレルギー 28 品目がわかるアレルギー表示献立表を作成する。
作成の際には記載漏れや間違いがないよう複数の関係者が確認します。(調理場)
- 3 作成した献立表を事前に希望する保護者及び教職員に配付します。(調理場 → 学校 → 家庭)
- 4 保護者と児童生徒は配付された献立表を基に、除去する食品を確認し、学級担任に連絡します。
(家庭 → 学校)
- 5 学級担任は除去する食品と給食内容を日々確認します。
また、担任が不在の場合の対応について明確しておきます。(学校)

ケース 2 弁当対応

完全弁当対応：調理場での食物アレルギー対応が困難なため、すべて弁当を持参する場合。

一部弁当対応：除去献立が給食の中心的献立など、給食の量が減ってしまう場合、その献立に対してのみ弁当を持参する場合。

※ケース 2 対応のポイント

- 1 献立表を基に保護者と連携し、事前に弁当で代用するものを決めます。
(調理場 → 学校 → 家庭)
- 2 保護者と連携し、弁当を給食時間まで安全で衛生的に管理する方法を決めます。(学校)

《弁当対応を考慮すべきケース》

- (ア) コンタミネーション及びキャリーオーバーや調味料、だし、添加物等、極微量で反応が誘発される可能性がある場合
- (イ) 調理場の体制が整っていない場合

※対応校か確認してください。

ケース3 除去食対応

調理の過程で、原因食品を除いて給食を提供する対応。特別調理室が設置されている共同調理場でのみ対応可能。(安全性の観点から、除去は完全除去を基本とします。)

※ケース3対応のポイント

- 1 普通食を基本に除去献立(当面は、「卵(魚卵は含まない)」を作成します。(調理場)
- 2 除去献立を基に、**作業分担、調理指示書、作業工程表や動線図を作成し、学校給食調理員と綿密な打合せ**を行います。(調理場)
※作業工程表や動線図は、対応食用を別に作るのではなく、1枚で双方に対応できるものを作成し、作業が区別化していることを確認する。
- 3 **調理作業は、特別調理室を活用し、区分化**します。(調理場)
- 4 **除去食について、担当する職員を明確**にします。(調理場)
※他と異なる色の専用エプロンを使用するなど、区分化して作業する。
- 5 **確認作業の方法やタイミングを決め**ておきます。
※複数の担当者で確実に検収する。(調理場)
※作業工程における確認作業の徹底を図る。(指さし声出しなど)
- 6 個人用容器は、**学年・組・名前・除去内容等を記載した密閉容器**を用意します。(調理場)
※原因食物の混入や容器の取り違い等に十分注意する。
- 7 **調理場から該当児童生徒へ給食が届くまでの手順を、調理場や学校の能力や環境に応じて、明確に決めておきます**。(調理場 → 学校)
- 8 対応方法について、**問題点やヒヤリハット事例等を、食物アレルギー対応委員会に報告し、定期的に検証**を行います。

※いずれのケースにおいても、対象となる児童生徒についての情報を共有し、調理場内における共通理解を図ることが必要です。

V 除去食対応について（※除去食対応校のみ）

1. 基本方針

食物アレルギーを有する児童生徒にも給食を提供する。そのためにも、安全性を最優先する。

- ① コンタミネーション及びキャリーオーバーや調味料、だし、添加物等、極微量で反応が誘発される可能性がある場合は、弁当対応とする。
- ② 原因食物の完全除去を原則とする。
- ③ 学校および調理場の施設整備・人員等を考慮し、無理な（過度に複雑な）対応は行わない。
- ④ 学校生活指導表により、対応者や対応食品を限定し、必要最低限の対応とする。

2. 実施要件について

次の事項に該当する場合に、除去食を提供します。

- ① 食物アレルギーと医師から診断され、家庭でも食物除去をしていること。
- ② 食物アレルギー症状が重篤でなく、食物アレルギー除去食での対応が可能であると学校生活管理指導表（食物アレルギー疾患用）（様式 2）において医師から診断されていること。
- ③ 原則として、1年に1回は主治医に受診していること。
- ④ 当面は、食物アレルゲンが卵（魚卵は含まない）の対応を基本とする。

3. 実施内容について

- ① アレルゲンの完全除去か、他の児童生徒と同じように給食を提供するかの二者択一の対応を原則とします。
- ② 学校給食共同調理場での食物アレルギー除去食については、当面は「卵（魚卵は含まない）」の対応を基本とします。
- ③ 飲用牛乳のみ停止の場合についても、除去食対応とします。
ただし、お腹の調子が悪くなるなどアレルギー疾患が理由でない場合は、このマニュアルによらず個別対応してください。
- ④ 学校では、給食実施の前に、保護者に対して食物アレルギーに関する献立表等で材料を知らせ、アレルギー食材が含まれていないかなどを確認し、よく話し合うようにします。
- ⑤ コンタミネーション（混入）の可能性について保護者に説明します。
- ⑥ 除去した場合でも、代替食の対応はありません。
- ⑦ 除去食は、個別の密閉式専用容器で配送するため、おかわりをすることはできません。
- ⑧ 除去食の提供については、児童生徒が欠席の場合は、共同調理場の栄養教諭等に連絡するようにします。なお、連絡を受けて除去食を停止できる時間は、当日の午前9時までとします。
- ⑨ 食材料購入等の変更により、献立内容を変更する場合がありますが、やむを得ない場合に限定します。
- ⑩ 除去食対応は基本、給食実施全日程、専用容器での提供となります。

ただし、一部の調理場においては除去食の提供方法を検証するための措置として、卵を使用しない料理について、専用容器を使用せず通常給食から取り分けて配食します。なお、この場合においては、教育委員会と協議を行い、別に定める確認方法や提供方法の手順書により、安全性を確認したのちに提供するものとします。

一定期間の検証を実施後に、改めて提供方法の統一化を図ります。

4. 医師の診断書の提出について（必須）

- ① 除去食対応を希望する場合、保護者は医師の作成した学校生活管理指導表（食物アレルギー疾患用）（様式 2）及び学校給食食物アレルギー除去食申請書（新規用）（様式 5）を学校に提出していただきます。なお、学校生活管理指導表（食物アレルギー疾患用）（様式 2）の作成費用は保護者の負担とします。
- ② 除去食を次年度以降も変更なく継続する場合、除去食の内容を変更する場合、症状の改善が図られたこと等から除去食を中止して通常の給食にする場合、中止をして自宅から弁当を持参する場合についても学校生活管理指導表（食物アレルギー疾患用）（様式 2）を提出していただきます。

5. 給食費について

給食費については、通常のコストを納めるものとします。

但し、牛乳の飲用のみを止める場合は、牛乳代金分を除いた金額を納付するものとします。

6. 共同調理場の役割について

特別調理室が整備された共同調理場においては、給食への原因物質のコンタミネーション（混入）について十分注意を払いながら、栄養教諭等の指示のもと食物アレルギー除去食の提供に努めます。

7. 教育委員会の役割について

（具体的な食物アレルギー対応についての一定の方針を示すとともに、各学校の取組を支援する。）

- ① 学校給食の実施者である教育委員会は、安全な学校給食の実施のために必要な措置を講じるように努めます。
- ② 食物アレルギーにおけるアナフィラキシーショックが発生した場合など、緊急時の対応について、教育委員会は保護者・学校と協力し、連絡・連携を図りながら児童生徒の安全確保に努めます。
- ③ 教育委員会は、学校から食物アレルギーについての連絡や報告を受け、関係機関などと連携を図りながら対応にあたります。

8. その他

保護者から提出された申請書等の関係書類については、個人情報の保護に十分留意し、適切に対応するようにします。

※卵に対する除去食の具体例

区分	献立名	除去食の内容
主食	①具に卵が含まれる混ぜご飯 ②卵が含まれるパン（バターロールなど）	⇒白飯 ⇒提供なし
主菜	①卵が含まれる手作りの主菜 ②卵が含まれる既製品の主菜 ③下味や衣に卵が含まれる主菜	⇒卵を除去して提供 （ただし、調理工程が複雑な場合や卵が入らないと料理として成り立たない場合は提供なし） ⇒提供なし ⇒提供なし

サラダ、和え物	①卵が含まれるハムやかまぼこなどが入るサラダや和え物 ②和え衣（ドレッシング等）に卵が含まれるサラダや和え物	⇒味付けをした野菜（ハムやかまぼこなどを除去） ⇒味付けをしない野菜
汁物、煮物、炒めもの	①かきたま汁 ②おでんなどのうずら卵の入る煮物	⇒卵の入らない汁 ⇒うずら卵なしの煮物 ※調理工程において最後に卵を入れるもののみ提供可能。
デザート、小袋物	①卵が含まれるデザートやふりかけなど	⇒提供なし

(注) 献立名については、原因食物が使用されていることが明確な料理名にする。

※当面は、卵（魚卵は含まない）の対応を基本とする。

VI 学校・保護者の役割について

項目	教育委員会	学校・調理場							保護者	児童生徒	
		校長 教頭	学級 担任	養護 教諭	給食 主任	栄養 教諭 等 ※1	調理員 配送員	用務員 給食 補助員 ※2		本人	同級生
食物アレルギーを有する児童生徒の調査	◎	○	○	◎		△			○		
学校生活管理指導表の提出依頼		◎	○	◎					○		
保護者との個別面談	◎	◎	◎	◎		◎			○		
保護者への対応	△	◎	◎	◎		○			○	○	
食物アレルギー対応委員会の設置・開催等	○	◎	○	○	○	○					
アレルギー献立表等の作成・確認		◎	○	○	△	◎	○			○	
当日	調理場における調理等					◎	◎				
	配送・職員室等へ受け渡し配膳（職員室にて確認）		◎	◎		△	◎	◎			
	教室へ配食		○	◎		△	○				
	除去食等の確認		○	◎		△	○			○	
	喫食後、片付け		○	◎		△				○	
	職員室等へ回収		○	○		△		◎			
食物アレルギー疾患に関する児童生徒への指導		◎	◎	◎		○			○	○	○
研修、取り組み体制等	◎	◎	○	◎	○	○	○	○			
緊急時の対応	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○
関係機関との連携	◎	◎	○	◎	○	○	○	○	○	○	○

◎：主に役割を担っている

○：役割がある、参加する必要がある

△：体制や状況によっては関与することがある

※1 栄養教諭等：今後、安全性やきめ細かな対応を行うための提供体制を強化するため、アレルギー担当栄養士（市）の配置を目標としている。配属までは栄養教諭が役割を担う。

※2 用務員：R4年度は、除去食対応には関与しない。

給食補助員：R4年度に配置されている学校については、学校長が定める範囲での関与を可とする。

次年度以降の対応：R4年度の状況を検証し、教育総務課及び委託業者と協議の上、対応を決める。

食物アレルギー対応が必要な児童生徒のために、食物アレルギー対応委員会等の組織によって検討し、学校全体で対応することが必要です。そのためには、日頃から学校内で共通理解を図っていくとともに、積極的に連携・協力していくことが大切です。

特に、食物アレルギーを有する児童生徒の対応にあたっては、「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」に基づく対応を基本とし、学校長の指導のもと、関係教職員でそれぞれの職務に応じて、学校全体で対応していくことが必要です。

なお、現在、食物アレルギーを有する児童生徒がいない学校においても体制整備を行う必要があります。

1. 校長・教頭の役割

① 保護者への対応

- ・保護者と面談した際、学校としての基本的な考え方等を説明します。

② 教職員への指導

- ・教職員が食物アレルギー症状や対応に共通理解が持てるように校内研修等を実施し、校内の体制を構築します。教職員は入れ替わるので、年1回は必ず、校内での取り組み体制の確認をします。

③ 関係機関との連携体制の構築

- ・食物アレルギー症状が発症した場合の救急車の要請や保護者への連絡、教育委員会との調整を行います。

2. 学級担任の役割

① 保護者への対応

- ・保護者からの面談日時等の申し出の受付や調整をして面談を行い、学校生活上の留意点や緊急時の対応、連絡先等を確認します。

② 学級指導

- ・アレルギー疾患の児童生徒が安全で安心な学校生活を送れるような環境を整えます。
- ・食物アレルギーについての正しい知識を持つよう、他の児童生徒に対して指導を行い、食物アレルギーを有する児童生徒に対する偏見や冷やかし等が生じないように指導します。

③ 学校給食に関する留意点

- ・食物アレルギーを有する児童生徒が弁当を持参した場合は、決められた場所で管理します。
- ・学級での配膳の際、給食当番が誤って配っていないか等を確認します。
- ・児童生徒が原因食品を自ら除去して食べている場合は、献立と使用食品を確認し、児童生徒が何の食品を除去するかを確認します。
- ・決められた場所でアレルギー疾患の児童生徒の除去食を受け取る場合は、学級担任等各学校で予め決めた教職員が直接受け取り、その際、学年や組、氏名と献立名・除去内容等を確認し、食物アレルギー除去食受け渡しチェック表(様式8及び様式9)に記録してから受け取ります。

④ その他

- ・保護者の緊急連絡先が変更になった場合等は、教職員で情報の共有化を図ります。

3. 養護教諭の役割

① アレルギー疾患の児童生徒、保護者への対応

- ・保護者からの申し出を受け、アレルギー疾患の児童生徒を把握し、ケース3の個別対応を望む保護者には、学校生活管理指導表（食物アレルギー疾患用）（様式2）の提出を促します。
- ・学級担任等と協力して保護者と面談を行い、学校生活上の留意点や緊急時の対応、連絡先等を確認します。
- ・主治医や学校医と連携を図り、該当児童生徒に食物アレルギー症状が出た場合の応急処置の方法や連絡先を確認します。
- ・飲み薬や塗り薬、エピペン®等を学校へ持参した場合は、児童生徒が薬を保管している場所を確認します。また、本人が管理できず、やむを得ず預かる場合は、安全に保管できる場所を十分検討し、必要な時に教職員が確実に本人に手渡せるよう、管理方法について周知徹底を図ります。
- ・調理場から提出されたアレルギー献立表を確認し、保護者へ配布します。保護者が確認・押印したものをチェックし、前月末までに写しを担任に配布します。除去食提供者については、調理場にも写しを提出します。

② 教職員への指導

- ・食物アレルギーについての正しい知識を教職員に周知し、常に学級担任、栄養教諭等、他の教職員との連携を図ります。
- ・除去食の提供をしている場合は、職員間で情報を共有し、担任以外でも給食・昼食時の食物アレルギー対応ができるように準備します。また、緊急時の対応や連絡先等、保護者からの情報を教職員に伝えます。

4. 給食主任の役割

- ① 食物アレルギーについての正しい知識を持つようにします。また、学級担任や養護教諭等と一緒に校内での対策会議などを開き、学校生活上の留意点や緊急時の対応、連絡先等を確認します。
- ② 食物アレルギー除去食を受け取る場合には、氏名や学年等を確認して食物アレルギー除去食受け渡しチェック表（様式8及び様式9）に記録します。

5. 栄養教諭等の役割

① 学校給食の除去食対応等が必要な児童生徒の保護者への対応

- ・食物アレルギーについての正しい知識を持ち、保護者と月ごとの対応について、確実に共通理解が得られる方法などを確認します。
- ・特定原材料等の給食献立の情報を保護者へ提供するようにします。

② 教職員・給食調理員への対応

- ・学校給食で、どのような対応ができるのかを関係教職員と十分協議し、学校長に報告します。
- ・学校給食での対応が決定したら、関係教職員、保護者に連絡します。
- ・給食調理員と調理作業の打ち合わせを行い、混入や誤配食がないように食物アレルギー除去食

の調理指示を行います。

③ 個別相談への取り組み

- ・必要に応じて、学級担任と連携して、保護者との面談を実施します。授業参観時などに保護者への声かけや本人の様子を聞くなど状況を把握します。保護者から面談の希望があった場合は、日程を調整して対応します。

6. 配送員の役割

- ・食物アレルギー除去食を受け渡す場合には、氏名や学年等を確認して食物アレルギー除去食受け渡しチェック表（様式 8 及び様式 9）に記録します。

7. 保護者の役割

学校では、食物アレルギーを有する児童生徒が安全で楽しい給食の時間を過ごせるよう、教職員全員で組織的に対応していきませんが、より安全な対応に向けて保護者の協力が不可欠であり、学校と保護者が一体となった取り組みが求められます。

- ・子どもの食物アレルギー疾患により、家庭で除去食等の取り組みを行っており、学校給食での対応を希望する場合は、申し出たのち、校長の指示により、「学校生活管理指導表」を主治医に作成を依頼し、学校に提出します。（費用については、保護者負担）
- ・栄養教諭から配布された「アレルギー用献立表」の内容を確認し、押印のうえ、毎月 25 日頃までに提出します。
- ・その後、毎月末に栄養教諭等から配布される「アレルギー用献立表」の内容を毎日子どもと一緒に確認し、「すべての料理のおかわりはできない」と「一度配膳した料理の増減はできない」旨、保護者から子どもへ伝えます。
- ・食物アレルギー対応内容に変更があった場合には、速やかに学校に伝えます。
- ・日頃からアレルギー疾患についてわかりやすく子どもに説明し、給食時や日常生活において注意すべきことを伝え、子ども自ら判断できる力を身に付けさせます。
- ・帰宅後、子どもにアレルギー疾患が見られる場合には、学校に連絡し、状況を伝えます。
- ・子どもが医師からエピペン[®]等の薬を処方されている場合には、緊急時の対応について事前に学校と話し合います。また、処方されているエピペン[®]について、破損していないか、薬液が変色していないか、沈殿物がないか等定期的に確認します。

重要 二重三重のチェック体制の整備と実施

学校給食で除去食を作るのは調理員ですが、児童生徒の手元に届くまでには、配送員や学級担任など何人かの手を経ています。

それぞれの過程できちんと確認しチェックすることが事故を未然に防ぐことにつながります。

特に、検食をする学校長や、教室で一緒に食べる学級担任は、除去食の対応の内容に間違いがないか必ずチェックしましょう。

Ⅶ 学校給食での食物アレルギー対応の流れ

1. 対応する内容の確認

学校給食における食物アレルギー対応は、医師の診断を基礎とします。このため、対応には学校生活管理指導表（食物アレルギー疾患用）（様式 2）の提出を求めます。また、食物アレルギー症状の変化を把握するため、学校生活管理指導表（食物アレルギー疾患用）（様式 2）は、年度ごとに提出してもらってください。

また、面談に向けて、医師からの情報だけでなく、保護者から食物アレルギーに関する調査表の記入について（様式 1-a、1-b）の提出を依頼します。除去食対応校において、除去食を希望する場合は、学校給食食物アレルギー除去食申請書（新規用）（様式 5）も提出してもらいます。

小学新一年生の場合は、就学時健康診断や入学説明会で食物アレルギー対応を説明するとともに、入学前の通園施設と連携をとるなど、状況の把握に努めてください。

2. 個別面談

面談のねらいは、対象の児童生徒と保護者の情報を詳細に得ること、申請内容を正しく把握すること、そして保護者に学校給食の提供までの流れや学校及び調理場の現状を理解してもらうことです。

面談は、面談の成立に欠かせない関係者の参加のもと、事前情報の不足分を詳細に聴取し補います。そして、個別面談は、最終的な対応方針を理解してもらうために、良好な信頼関係を築く場にもなります。

3. 面談記録票の作成

面談に対応した教職員は、面談で得られた情報をまとめ、面談記録票（様式 4）を作成します。

児童生徒や保護者、また学校や調理場側の実態を分析し、その現状を踏まえたうえで最大限に可能な対策を講じられるように作成します。

4. 食物アレルギー対応委員会の設置

対応方法の検討を行うために、学校長は食物アレルギー対応委員会を設置します。

対応委員会では、面談記録票（様式 4）その他の資料に基づき、対象となる児童生徒への対応を検討・決定します。

5. 情報の共有

決定事項をもとに、学校長は、対象となる児童生徒への方針を全教職員へ周知徹底し、共通理解を図ります。特に、学級担任や栄養教諭等などについては、対応の徹底を指示します。

6. 保護者への通知（及び学校給食センターへの通知）

学校長は、食物アレルギー対応委員会で決定された決定内容を対象となる児童生徒の保護者へ伝えるとともに、必要に応じて、更に保護者と具体的な内容を確認し調整を図るようにします。

除去食対応の場合は、「学校給食食物アレルギー除去食（新規・継続・変更・中止）決定通知書」

(様式 7-1) で学校給食センターに通知します。

その後、学校長は学校給食センター所長名と連名で「学校給食食物アレルギー除去食（新規・継続・変更・中止）決定通知書」（様式 7-2）を保護者に通知します。

7. 対応の準備と開始

学校長は、学校及び調理場において、安全に学校給食を提供できる体制を保護者とともに最終確認し、食物アレルギー対応を開始します。

栄養教諭等は、調理上の具体的な手順等を整理し、調理員に周知徹底を図り、コンタミネーション（混入）や誤配食のないように万全の準備を心掛けるようにします。

8. 配送と配食

出来上がった除去食は、食物アレルギー除去食受け渡しチェック表（様式 8 及び様式 9）で確認して、調理場の現場責任者等から、各学校で予め決められた教職員に届けられ、学校長による確認を経て教職員が対象の児童生徒に直接手渡すようにします。

学級担任は、除去食の喫食や食べ残し状況などを定期的に栄養教諭等にフィードバックします。

また、栄養教諭等は、可能な限り、対象の児童生徒の学級を訪問して実態把握の確認に努めるようにします。

なお、予め決められた教職員が不在の場合については、代替りの教職員を決めておきます。

9. 検証と個別指導

学校長は、栄養教諭等を通じて、保護者や関係者と連携を密にし、食物アレルギー除去食の評価や検証を行い、その後の対応の充実に活かすように努めます。

また、学校長は、症状の軽症化によっては、主治医や学校医等と相談しながら、対象となる児童生徒への対応の見直しを検討することもあります。

さらに、教育委員会への連絡や報告を通じて、連携を図っていきます。

10. 教育委員会との連携

学校は、定期的に教育委員会への連絡や報告を行うことにより、行政機関とも情報の共有を図り、現状の把握とその後の対応について連携して取り組む体制を構築していきます。

11. 継続・変更・中止の場合

(継続)

食物アレルギーの原因物質に変更がなく、引き続き現状の食物アレルギー対応を継続する場合は、医師の診断による学校生活管理指導表（食物アレルギー疾患用）（様式 2）を保護者に提出してもらったとともに、除去食対応の場合は、学校給食食物アレルギー除去食申請書（継続・変更・中止用）（様式 6）も提出してもらってください。

また、その後の状況を詳細に把握するため、改めて保護者と面談を実施してください。面談記録票（様式 4）。

医師の診断等に変更がなければ、食物アレルギー対応委員会等を経て、引き続き同様の対応を

継続してください。

除去食対応の場合は、学校給食食物アレルギー除去食決定通知書の手続きも行います。

(変更・中止)

食物アレルギーの原因物質が変更される場合、又は食物アレルギー対応を中止する場合は、早急に、学校生活管理指導表（食物アレルギー疾患用）（様式 2）を保護者に再提出してもらってください。

また、その後の流れは、新規の場合に準じて、個別面談を経て食物アレルギー対応委員会を開催し、取り組みプランの検討・決定、又は食物アレルギー対応の中止を決定してください。

除去食対応の場合は、学校給食食物アレルギー除去食申請書（継続・変更・中止用）（様式 6）も保護者に提出してもらってください。

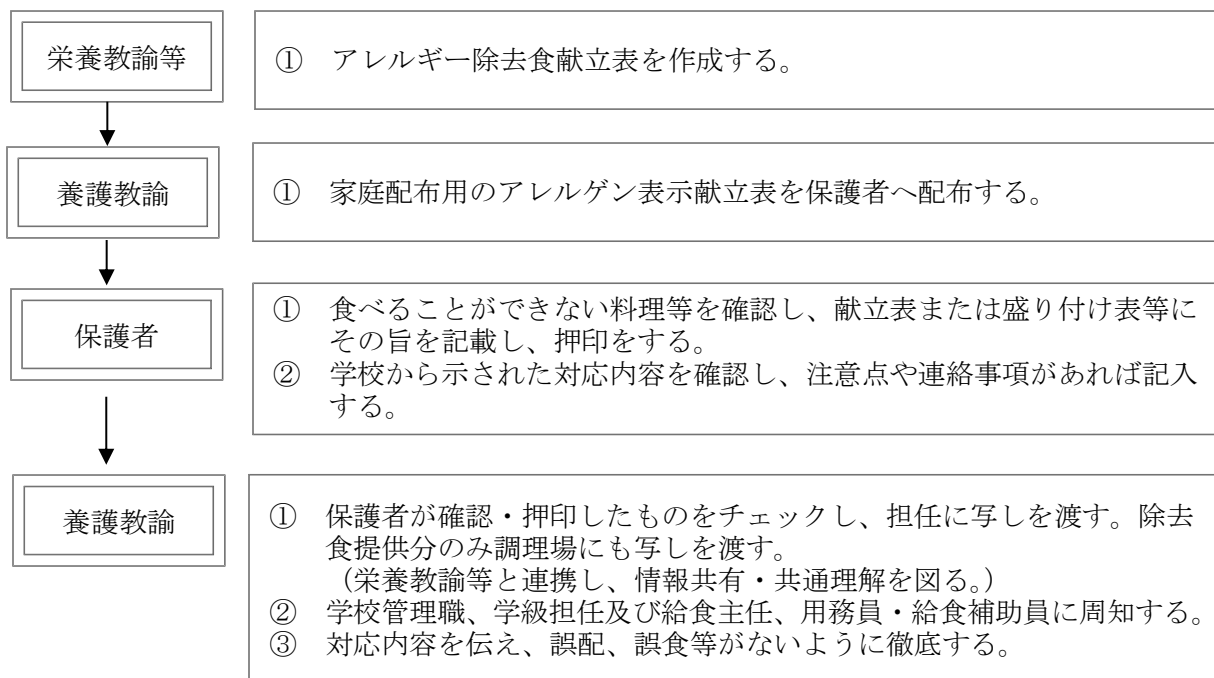
12. 事故の報告

事故が起きた場合は、食物アレルギー対応委員会に報告し、対応を評価・検証するとともに、危機管理体制の構築に努めてください。

また、事故が起きた場合の詳細と改善策について、教育委員会へ報告をお願いします。集約した情報は学校へフィードバックし、所管内で共有することで、事故防止の徹底に努めます。

13. 食物アレルギー対応の手順

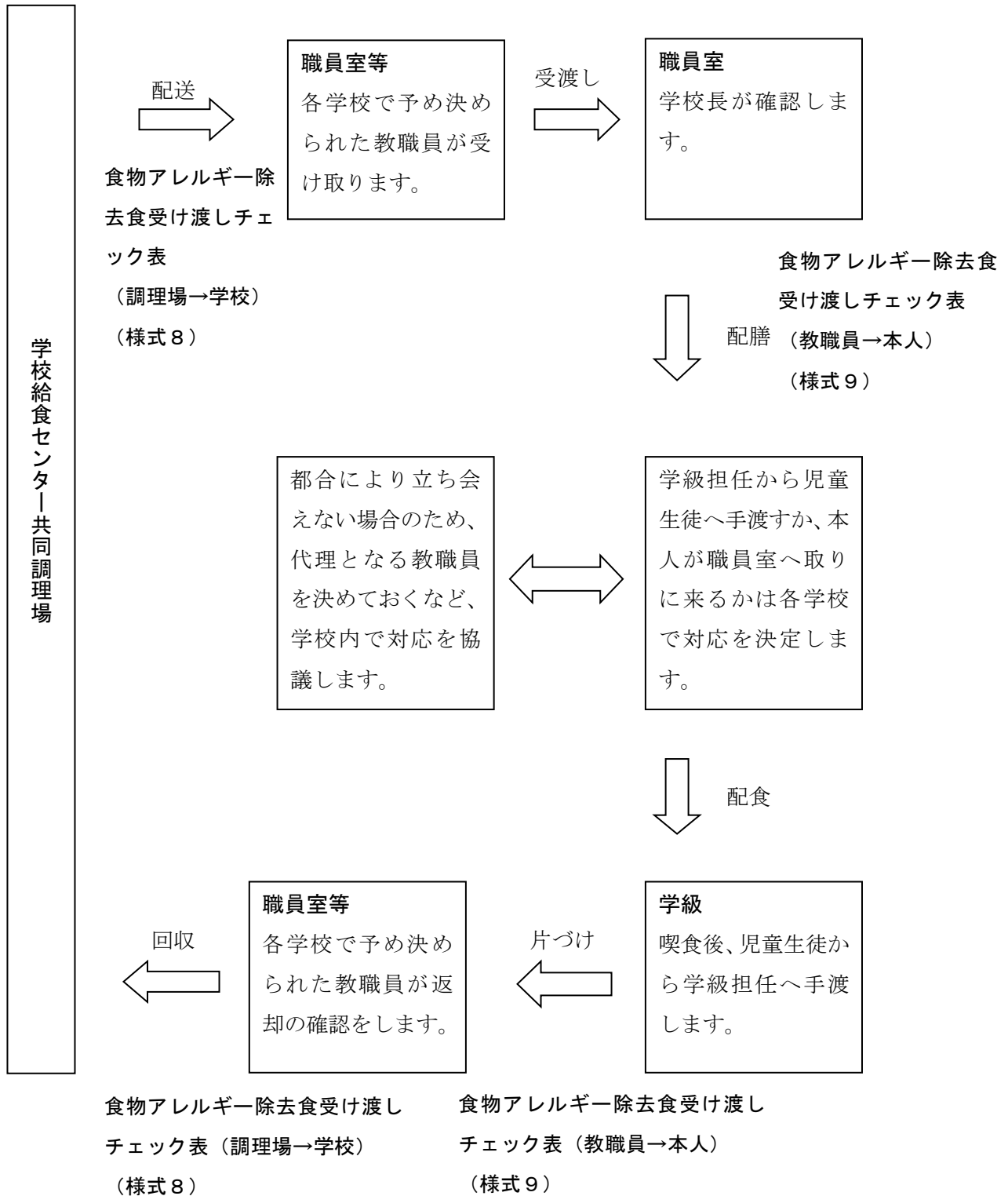
(1) 保護者との献立調整



(2) 食物アレルギー除去食の配膳の流れと受け渡しフロー

共同調理場から配送された食物アレルギー除去食について、基本的には、学校の職員室等において予め決められた教職員が配送者から受け取ります。受け取った教職員は、その後職員室へ運び、学校長が確認した後、学級担任を通じて児童生徒本人へ確実に手渡しをします。

(例)



Ⅷ 学校給食以外での留意点

【食物・食材を扱う授業・活動】

◇微量の摂取・接触により発症する児童生徒は、食べるだけでなく、吸い込む、触れることも発症の原因となるので、個々の児童生徒に応じたきめ細かな配慮が必要です。

○調理実習 ○牛乳パックの洗浄 ○小麦粘土を使った授業など ○ソバ打ち体験

【運動】食物依存性運動誘発アナフィラキシー

原因食品の摂取と運動の組合せでアナフィラキシー症状を起こすことを食物依存性運動誘発アナフィラキシーといいます。多くの場合、原因となる食品を摂取して2時間以内に一定量の運動（昼休みの遊び、体育や部活動など）をすることにより、発症します。

◇運動前4時間以内は原因食品の摂取を避ける。

◇原因食品を食べた場合、以後4時間の運動は避ける。

【宿泊を伴う校外活動】

◇保護者や宿泊先と事前に十分情報を交換します。

◇参加する教職員全員が、どの児童生徒に、どんな食物アレルギーがあるか、把握しておきます。

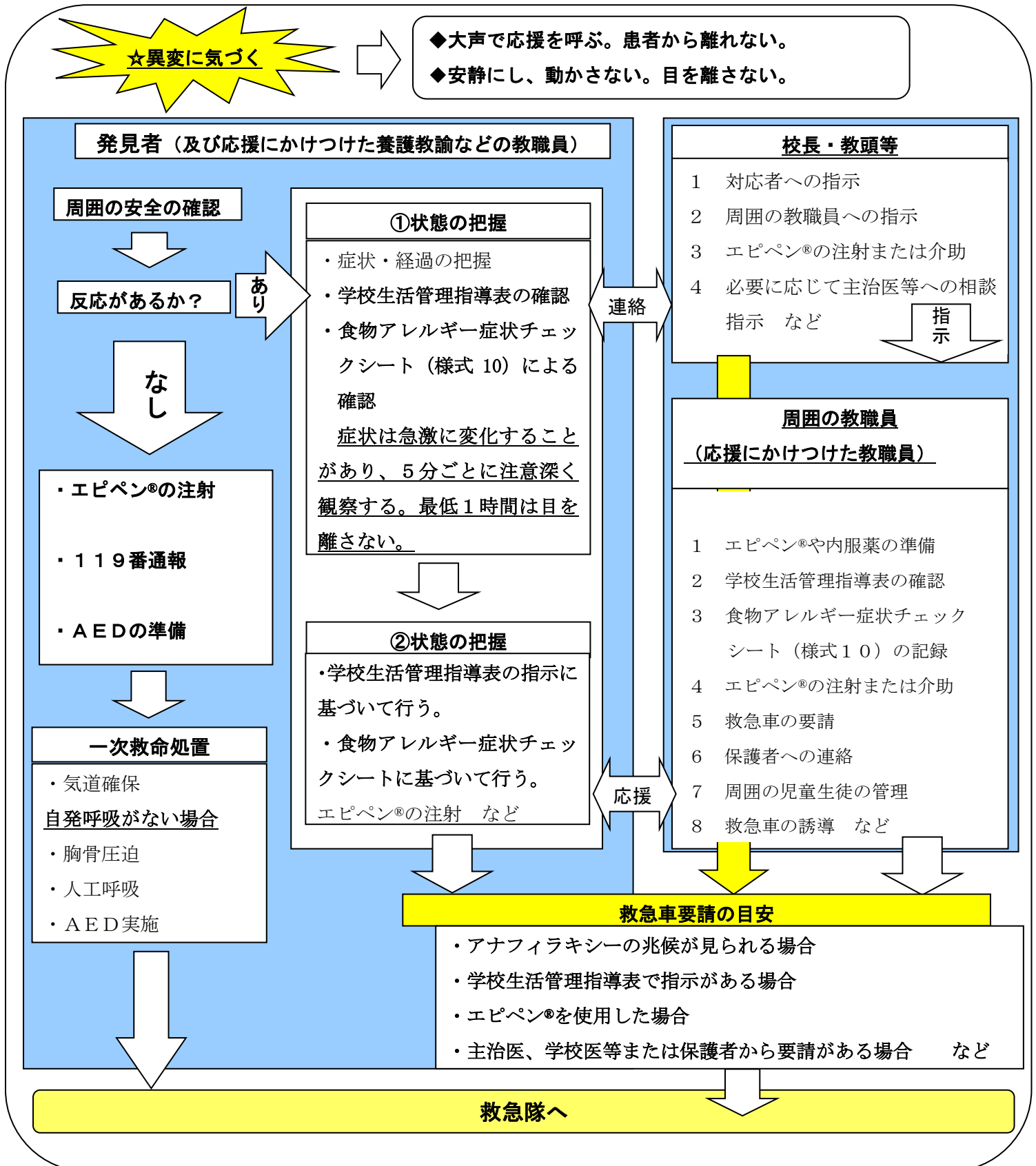
◇万一の場合を想定し、搬送する医療機関などを事前に調査しておきます。

◇万一発症した場合の対応を事前に保護者・本人・主治医・学校医と十分に話し合っておきます。

IX 緊急時の対応

アナフィラキシーは非常に短時間のうちに重篤な状態に至ることがあります。**教職員の誰が発見者になった場合でも適切な対応がとれるように全員が情報を共有し、常に準備をしておく必要があります。**

1 緊急時の対応モデル



様式10

□観察開始 (時 分) □薬の服用 (時 分) □エピペン®の注射 (時 分)

	グレード3	グレード2	グレード1
全身	<input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 意識もうろう <input type="checkbox"/> 尿や便を漏らす <input type="checkbox"/> 脈が触れにくいまたは不規則 <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い	◇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する。	
呼吸器	<input type="checkbox"/> のどや胸が締め付けられる <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 息がしにくい <input type="checkbox"/> 持続する強い咳き込み <input type="checkbox"/> 犬が吠えるような咳 <input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸	<input type="checkbox"/> 数回の軽い咳	
消化器	<input type="checkbox"/> 持続する強い(がまんできない)お腹の痛み <input type="checkbox"/> 繰り返し吐き続ける	<input type="checkbox"/> 明らかな腹痛 <input type="checkbox"/> 複数回の嘔吐 <input type="checkbox"/> 複数回の下痢	<input type="checkbox"/> 我慢できる弱い腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気
目 口 鼻 顔	グレード3の症状が1つでも あてはまる場合、エピペン®を 注射する。	<input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ <input type="checkbox"/> まぶたの腫れ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ、充血 <input type="checkbox"/> 唇の腫れ <input type="checkbox"/> 口のかゆみ、違和感 <input type="checkbox"/> 喉のかゆみ、違和感 <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、鼻づまり
皮膚		<input type="checkbox"/> 強いかゆみ <input type="checkbox"/> 全身性の赤み <input type="checkbox"/> 全身のじんましん	<input type="checkbox"/> 軽度のかゆみ <input type="checkbox"/> 部分的な赤み <input type="checkbox"/> 数個のじんましん
	上の症状が1つでもあれば 以下の対応を行う。	上の症状が1つでもあれば 以下の対応を行う。	上の症状が1つでもあれば 以下の対応を行う。
対 応	<input type="checkbox"/> エピペン®の注射 (迷ったらエピペン®の注射) <input type="checkbox"/> 救急車の要請 <input type="checkbox"/> 内服薬の使用 (反応がなく、呼吸がなければ) <input type="checkbox"/> 胸骨圧迫 <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> AED実施	<input type="checkbox"/> 内服薬の使用 <input type="checkbox"/> エピペン®の準備 <input type="checkbox"/> 医療機関の受診 (迷ったら救急車要請) <input type="checkbox"/> グレード3の症状の有無を 注意深く観察し、1つでも あてはまる場合はエピペン ®を使用する。	<input type="checkbox"/> 安静にして経過観察 <input type="checkbox"/> 内服薬の使用 <input type="checkbox"/> 医療機関の受診

「食物アレルギー緊急時対応マニュアル」(東京都健康安全研究センター)より改変

3 エピペン®の使い方

【エピペン®の使用手順】

- ① オレンジ色の先端を下に向け、エピペン®を利き手でしっかり握る。
- ② もう片方の手で青色の安全キャップを外す。
- ③ 太ももの前外側に垂直になるようにオレンジ色の先端をあてる。
- ④ バチンと音がするまで強く押し付け、数秒間待つ。「1、2、3、4、5」
- ⑤ 垂直に引き抜き、オレンジ色が伸びていれば完了。伸びていない場合は再度①②③④を行う。
- ⑥ 注射した部位を10秒間マッサージする。
- ⑦ 使用済みのエピペン®は、オレンジ色側からケースに戻し、使用後は救急隊に渡す。



緊急の場合には、衣服の上からでも注射できる。



エピペン®は、本人、もしくは保護者が自ら注射する目的で作られたものです。
しかし、エピペン®が手元にあるながら、症状によっては児童生徒が自己注射できない場合も考えられます。
救命の現場に居合わせた教職員が、エピペン®を自ら注射できない状況にある児童生徒に代わって注射することは、医師法違反になりません。
人命救助の観点から、緊急時に備えて教職員の誰もがエピペン®を使用できるようにしておくことが大切です。

X 各種様式

様式 1-a

食物アレルギーに関する調査表

学校名 _____ 学校 _____ 記載日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

学年	学級	児童生徒氏名 ^{ふりがな}	性別	生年月日
			男・女	年 月 日

保護者氏名 ^{ふりがな}	印

以下の質問にお答えください。

質問 1. 食物アレルギーの原因となる食物は何ですか。()

質問 2. 現在、除去している食物はありますか。
 () ない () ある ⇒ (食品名：)

質問 3. 今まで、どのような症状が出ましたか。
 () じんましん () 下痢 () 吐き気
 () アナフィラキシーショック
 () その他 ()

質問 4. 食物を除去しているのは、医師の指示ですか。
 () 医師の指示による (病院名：)
 () 医師の指示ではなく、保護者の判断による
 () その他 ()

質問 5. エピペン®を処方されていますか。

() いない
 () いる ⇒

何本処方されていますか。(本)
 1回の発作時に何本投与が必要ですか。(本)
 どこに保管していますか。
 () 家庭に保管している () 園や学校に保管している
 () 本人が携帯している () その他

質問 6. エピペン®以外で、アレルギーに関係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 ()

質問 7. 食物アレルギーに対する取組を希望しますか。
 () 希望しない
 () 希望する □献立表対応…献立表にアレルギー表示が記載されています。
 □弁当対応…家庭から弁当を持参します。
 □除去食対応…当面は卵(魚卵は含まない)の対応となります。

※なお、希望する場合は、後日「学校生活管理指導表」を
 主治医等に記載してもらい学校に提出してください。

質問 8. その他、心配なことがありましたらお書きください。
 ()

様式 1-b

食物アレルギーに関する調査表

学校名 _____ 学校 _____ 記載日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

学年	学級	児童生徒氏名 ^{ふりがな}	性別	生年月日
			男・女	年 月 日

保護者氏名 ^{ふりがな}	印

以下の質問にお答えください。

質問 1. 食物アレルギーの原因となる食物は何ですか。()

質問 2. 現在、除去している食物はありますか。
 () ない () ある ⇒ (食品名：)

質問 3. 今まで、どのような症状が出ましたか。
 () じんましん () 下痢 () 吐き気
 () アナフィラキシーショック
 () その他 ()

質問 4. 食物を除去しているのは、医師の指示ですか。
 () 医師の指示による (病院名：)
 () 医師の指示ではなく、保護者の判断による
 () その他 ()

質問 5. エピペン®を処方されていますか。

() いない
 () いる ⇒

何本処方されていますか。(本)
 1回の発作時に何本投与が必要ですか。(本)
 どこに保管していますか。
 () 家庭に保管している () 園や学校に保管している
 () 本人が携帯している () その他

質問 6. エピペン®以外で、アレルギーに関係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 ()

質問 7. 食物アレルギーに対する取組を希望しますか。
 () 希望しない
 () 希望する ⇒ 献立表対応…献立表にアレルギー表示が記載されています。
 弁当対応…家庭から弁当を持参します。

※なお、希望する場合は、後日「学校生活管理指導表」を
 主治医等に記載してもらい学校に提出してください。

質問 8. その他、心配なことがありましたらお書きください。
 ()

様式 1-a

食物アレルギーに関する調査表（記入上の注意）

学校名 _____ 学校 _____ 記載日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

学年	学級	児童生徒氏名 ^{ふりがな}	性別	生年月日
			男・女	年 月 日

保護者氏名 ^{ふりがな}	印

以下の質問にお答えください。

質問 1. 食物アレルギーの原因となる食物は何ですか。()

質問 2. 現在、除去している食物はありますか。

() ない () ある ⇒

質問 3. 今まで、どのような症状が出ました

() じんましん () 下痢

() アナフィラキシーショック

() その他 ()

質問 4. 食物を除去しているのは、医師の指

() 医師の指示による

() 医師の指示ではなく、保護者

() その他 ()

質問 5. エピペン®を処方されていますか。

() いない

() いる ⇒

何本処方されていますか。(本)

1回の発作時に何本投与が必要ですか。(本)

どこに保管していますか。

() 家庭に保管している () 園や学校に保管している

() 本人が携帯している () その他

質問 6. エピペン®以外で、アレルギーに関係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 ()

質問 7. 食物アレルギーに対する取組を希望しますか。

() 希望しない

() 希望する □献立表対応…献立表にアレルギー表示が記載されています。

□弁当対応…家庭から弁当を持参します。

□除去食対応…当面は卵（魚卵は含まない）の対応となります。

※なお、希望する場合は、後日「学校生活管理指導表」を

主治医等に記載してもらい学校に提出してください。

質問 8. その他、心配なことがありましたらお書きください。

()

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。

アレルギー疾患	病型・治療	学校生活上の留意点	★保護者 電話： _____ ★連絡医療機関 医療機関名： _____ 電話： _____ 記載日 _____年__月__日 医師名 _____ 医療機関名 _____
	病型・治療	学校生活上の留意点	
アナフィラキシー （あり・なし） 食物アレルギー	Ⅰ 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 Ⅱ 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（ ） Ⅲ 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. 木の実類（ ） 8. 果物類（ ） 9. 魚類（ ） 10. 肉類（ ） 11. その他1（ ） 12. その他2（ ） Ⅳ 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（ ）	Ⅰ 給食 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅱ 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅲ 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅳ 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅴ 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・乳糖分解カルシウム 小麦：醤油・酢・味噌 大豆：大豆油・醤油・味噌 コメ：コメ油 魚類：かつおだし・いりこだし・魚露 肉類：エキス Ⅵ その他の配慮・管理事項（自由記述）	記載日 _____年__月__日 医師名 _____ 医療機関名 _____
	Ⅰ 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良 Ⅱ-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 () () Ⅱ-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 () () Ⅱ-3 長期管理薬（注射） 1. 生物学的製剤 () () Ⅲ 発作時の対応 1. ベータ刺激薬吸入 () () 2. ベータ刺激薬内服 () ()	Ⅰ 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅱ 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 Ⅲ 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅳ その他の配慮・管理事項（自由記述）	記載日 _____年__月__日 医師名 _____ 医療機関名 _____

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

アレルギー疾患	病型・治療	学校生活上の留意点	記載日 _____年__月__日 医師名 _____ 医療機関名 _____
	病型・治療	学校生活上の留意点	
アトピー性皮膚炎 （あり・なし）	Ⅰ 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、掻痒主体の病変 ※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 Ⅱ-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（ ） Ⅱ-2 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他（ ） Ⅱ-3 常用する注射薬 1. 生物学的製剤	Ⅰ フール指導及び長時間の校外線下での活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅱ 動物との接触 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅲ 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅳ その他の配慮・管理事項（自由記述）	記載日 _____年__月__日 医師名 _____ 医療機関名 _____
アレルギー性結膜炎 （あり・なし）	Ⅰ 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（ ） Ⅱ 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（ ）	Ⅰ フール指導 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅱ 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅲ その他の配慮・管理事項（自由記述）	記載日 _____年__月__日 医師名 _____ 医療機関名 _____
アレルギー性鼻炎 （あり・なし）	Ⅰ 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 Ⅱ 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（ ）	Ⅰ 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅱ その他の配慮・管理事項（自由記述）	記載日 _____年__月__日 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 _____

学校名	
年 組 氏名	(男・女)
年 月 日生(歳)	
アナフィラキシーを起こしたことは、ありますか？(あり・なし)	
アドレナリン自己注射薬(「エビペン®」)は持っていますか？(あり・なし)	
<p style="text-align: center;">病型・治療</p> <p>A. 食物アレルギーの病型(食物アレルギーありの場合のみ記載)</p> <p>1. 即時型 (原因食物を食べて2時間以内に症状が出る)</p> <p>2. 口腔アレルギー症候群 (食後5分以内に口の中に症状が出る)</p> <p>3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー (原因となる食物を食べて2時間以内にある程度の運動をすることによりアナフィラキシー症状を起こす)</p> <p>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)</p> <p>1. 食物(原因)</p> <p>2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー</p> <p>3. 運動誘発アナフィラキシー</p> <p>4. 昆虫 ()</p> <p>5. 医薬品()</p> <p>6. その他()</p> <p>C. 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に○をつけ、< >内に診断根拠を記載</p> <p>1. 鶏卵 < ></p> <p>2. 牛乳・乳製品 < ></p> <p>3. 小麦 < ></p> <p>4. そば < ></p> <p>5. ピーナッツ < ></p> <p>6. 甲殻類 < >(すべて・エビ・カニ)</p> <p>7. 木の実類 < >(すべて・クルミ・カシュー・アーモンド)</p> <p>8. 果物類 < >()</p> <p>9. 魚類 < >()</p> <p>10. 肉類 < >()</p> <p>11. その他1 < >()</p> <p>12. その他2 < >()</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>【除去根拠】該当するものを< >内に記載</p> <p>①明らかな症状の既往 ②食物経口負荷試験陽性</p> <p>③IgE抗体等検査結果陽性 ④未摂取</p> </div> <p>()に具体的な食品名を記載</p> <p>D. 緊急時に備えた処方薬</p> <p>1. 内服薬(抗ヒスタミン薬・ステロイド薬)</p> <p>2. アドレナリン自己注射薬(「エビペン®」)</p> <p>3. その他()</p>	<p style="text-align: center;">学校生活上の留意点</p> <p>1. 給食の対応</p> <p>① 管理不要</p> <p>② 管理必要</p> <p>2. 食物・食材を扱う授業・活動</p> <p>① 管理不要</p> <p>② 管理必要</p> <p>3. 運動(体育・部活動等)</p> <p>① 管理不要</p> <p>② 管理必要</p> <p>4. 宿泊を伴う校外活動</p> <p>① 管理不要</p> <p>② 管理必要</p> <p>5. 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。</p> <p>鶏卵: 卵殻カルシウム 牛乳: 乳糖・乳清焼成カルシウム 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</p> <p>5. その他の配慮・管理事項(自由記載)</p>
◎喘息はありますか？ (はい・いいえ)	
【医療機関名】	
【医師名】	
印	
【記載日】	
年 月 日	【保護者名】
印	
緊急時連絡先	【保護者】
	① TEL
	② TEL
【医療機関名】	
TEL	

※学校における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を全職員共有させていただきます。

※緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を医療機関等へ情報提供させていただきます。

※保護者の押印を必ずお願いします。

成田市教育委員会

		学校名	
年 組 氏名	(男・女)	年 月 日生	(歳)
アナフィラキシーを起こしたことは、ありますか？ (あり・なし)			
アドレナリン自己注射薬(「エビペン®」)は持ってますか？ (あり・なし)			
A. 食物アレルギーの病型(食物アレルギーありの場合のみ記載) 1. 即時型 (原因食物を食べて2時間以内に症状) 2. 口腔アレルギー症候群 (食後5分以内に口の中に症状が出る) 3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー (原因となる食物を食べて2時間以内によりアナフィラキシー症状を起こす)		学校生活上の留意点 1. 給食の対応	
B. アナフィラキシー病型(アナフィラキシーの既往) 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		2. 給食の対応 ○「食物アレルギーに関する調査表」(様式1-a又は1-b)で食物アレルギーによる個別対応を希望する保護者に配付します。 ○保護者が主治医に記入を依頼し、主治医が記入したものを保護者が学校に提出します。 ○年度末及び新たな事項が発生した場合に返却します。 ○保護者は主治医に裏面の記入を依頼し、主治医が記入したものを提出します。	
C. 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に○をつけ、< >内に記載		3. 給食の対応 ○あてはまるところに○を付け、記述が必要などころには言葉や文章で記載をお願いします。	
1. 鶏卵 < > 2. 牛乳・乳製品 < > 3. 小麦 < > 4. そば < > 5. ピーナッツ < > 6. 甲殻類 < > (すべて・エビ・カニ) 7. 木の実類 < > (すべて・クルミ・カシュー・アーモンド) 8. 果物類 < > 9. 魚類 < > 10. 肉類 < > 11. その他1 < > 12. その他2 < >		4. 宿泊を伴う校外活動 ① 配慮不要 ② 食事やイベントの際に配慮が必要	
【除去根拠】 該当するものを< >内に記載 ①明らかな症状 ②IgE抗体等検査		○(除去食の提供が可能な学校の児童生徒の場合)アレルギー症状が重篤でなく、アレルギー対応食(卵・乳のみ除去)を食べられる程度の状態かも記載をお願いします。 ○(除去食の提供が可能な学校の児童生徒の場合)アレルギー症状が重篤でなく、アレルギー対応食(卵・乳のみ除去)を食べられる程度の状態かも記載をお願いします。	
D. 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(「エビペン®」) 3. その他		5. その他の配慮・管理事項(自由記載) ○喘息はアナフィラキシーショックの重篤化の危険因子なので、喘息のある児童生徒がアナフィラキシーを発症した場合のリスクを考えて喘息の欄を付け加えました。	
◎喘息はありますか？ (はい・いいえ)			
【医療機関名】			
【医師名】			
【記載日】		【保護者名】	
年 月 日			
緊急時連絡先	【保護者】	○この欄は保護者の方がお書きください。緊急時に連絡がとれる方のお名前と電話番号をお書きください。①②の順番に連絡をします。優先順位の順に記入をお願いします。	
	【医療機関名】	○この欄も保護者の方がお書きください。食物アレルギー症状を発症した場合の緊急連絡時の医療機関名、電話番号をお書きください。	

※学校における日常の取り組み

※緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を医療機関等へ情報提供させていただきます。

※保護者の押印を必ずお願いします。

成田市教育委員会

様式2は、(公財)日本学校保健会が作成した学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)に替えることも可。

受診日	病型・治療	学校生活上の留意点	記入は医師
年 月 日	1. 表面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容 :	1. 表面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容 :	印
年 月 日	1. 表面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容 :	1. 表面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容 :	印
年 月 日	1. 表面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容 :	1. 表面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容 :	印
年 月 日	1. 表面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容 :	1. 表面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容 :	印
年 月 日	1. 表面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容 :	1. 表面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容 :	印
年 月 日	1. 表面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容 :	1. 表面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容 :	印
年 月 日	1. 表面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容 :	1. 表面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容 :	印
年 月 日	1. 表面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容 :	1. 表面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容 :	印

受診日	病型・治療	学校生活上の留意点	記入は医師
年 月 日	1. 表面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容 :	1. 表面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容 :	<p>様式2 裏面の記載について</p> <p>○こちらの面は追加記載欄です。</p> <p>○保護者が主治医に記載をお願いします。</p> <p>○受診日、医師名の記入、押印をお願いします。</p> <p>○表面の記載内容に変更がない場合は、「1」に○を付けてください。</p> <p>○記載内容に変更がある場合は、変更内容を記載してください。</p> <p>○毎年、繰り返し使用します。</p>
年 月 日	1. 表面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容 :	1. 表面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容 :	
年 月 日	1. 表面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容 :	1. 表面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容 :	
年 月 日	1. 表面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容 :	1. 表面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容 :	
年 月 日	1. 表面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容 :	1. 表面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容 :	
年 月 日	1. 表面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容 :	1. 表面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容 :	印
年 月 日	1. 表面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容 :	1. 表面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容 :	印
年 月 日	1. 表面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容 :	1. 表面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容 :	印
年 月 日	1. 表面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容 :	1. 表面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容 :	印

様式 3

食物アレルギー個別取組プラン (案・決定)

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

学年組	ふりがな 氏名 (性別)	生年月日	学校長印	
年 組	(男・女)	年 月 日	保護者印	

I	原因食物
鶏卵、牛乳・乳製品、小麦、そば、ピーナッツ、種実類・木の実類、甲殻類 (エビ・カニ) 果物類 ()、魚類 ()、肉類 ()、その他 ()	

II 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

※ I～IIIは、医師が作成する学校生活管理指導表 (食物アレルギー疾患用) (様式 2) をもとに、○印及び原因食品を記入すること。

III アナフィラキシー病型		
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
原因食品 ()	原因食品 ()	

アレルギー既往歴とその時の対応

学校給食の対応に○印をつけてください。		
ケース 1 (詳細な献立表対応)	ケース 2 (弁当対応)	ケース 3 (除去食対応)

	項目	具体的な配慮と対応
学校における配慮	給食	
	食物・食材を扱う活動・授業	
	運動	
	宿泊を伴う活動	
	持参薬	
	エピペンの保管	
	その他	

様式 4

学校名

学校

校長	教頭	教務主任	学級担任	養護教諭	給食主任	栄養教諭等

面談記録票

面談実施日： 年 月 日

場所：

時間： ～

児童生徒 ふりがな 氏名		学年組	年 組	生年月日	年 月 日 (歳)
保護者 ふりがな 氏名		住 所			
		自宅Tel		携帯電話	
面談の 種類	<input type="checkbox"/> 詳細な献立表対応 <input type="checkbox"/> 弁当対応 <input type="checkbox"/> 除去食対応[<input type="checkbox"/> 新規・ <input type="checkbox"/> 継続・ <input type="checkbox"/> 変更(追加・減)] <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> その他 ()				
面談者	保護者： <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	学校側： <input type="checkbox"/> 校長 <input type="checkbox"/> 教頭 <input type="checkbox"/> 学級担任等 <input type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> 給食主任 <input type="checkbox"/> 栄養教諭等 <input type="checkbox"/> 教育委員会担当者 <input type="checkbox"/> その他 ()				
食物アレ ルギーの 状態	原因食物 発症した場合の症状 発症した場合の対処方法等				
主治医	病院名				
	医師名		緊急連絡先		
食物アレ ルギー 病型					

<p>その他</p>	
<p>面談のポイント</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>医療機関への受診状況 <input type="checkbox"/>過去に経験した具体的な食物アレルギー症状の把握 <input type="checkbox"/>食物アレルギーと診断された食品以外にも自主的に制限しているものの把握 <input type="checkbox"/>アレルゲンの献立表は、保護者が責任をもって確認すること <input type="checkbox"/>アレルギー専用の特別調理室で調理しても、微量の食物アレルギー物質が混入する可能性があることを伝える <input type="checkbox"/>必要に応じて保護者と打合せを重ねていく必要があることを説明する <input type="checkbox"/>コンタミネーション等、極微量で反応が誘発される可能性があるような場合は、家庭からの弁当持参になることを伝える <input type="checkbox"/>除去食対応では、おかわりはできないことを伝える <input type="checkbox"/>食物アレルギーの症状があらわれた場合の対処方法について確認する <input type="checkbox"/>エピペンを携帯している場合は、その取扱いを確認する <input type="checkbox"/>緊急時の保護者への確実な連絡方法について確認する <input type="checkbox"/>緊急時の医療機関への受診方法について確認する <input type="checkbox"/>教職員全員で情報共有することについて説明する <input type="checkbox"/>ランチボックスについては、名前を記載し、共用の食器に移さずそのまま食べることを伝える <input type="checkbox"/>揚げ油は、ろ過して再利用することを伝える <input type="checkbox"/>トレイや、はし、スプーンは共用であることを伝える <input type="checkbox"/>除去食の給食費は基本食と同額であることを伝える <input type="checkbox"/>足りない栄養は家庭で補っていただくことを伝える <input type="checkbox"/>欠席の場合、学校へ連絡を入れることを伝える <input type="checkbox"/>対応できることと、できないことなどを示す など <input type="checkbox"/>その他 ()

様式 5

学校給食食物アレルギー除去食申請書（新規用）

年 月 日

成田市学校給食センター所長

成田市立 学校長 様

保護者^{ふりがな}氏名 _____

食物アレルギーによる除去食について申し込みます。

児童生徒 ^{ふりがな} 氏名	学年組	年 組	
	生年月日	年 月 日	(歳)
住 所	〒	(自宅)	
		電話番号	(緊急連絡先) TEL 氏名 続柄
かかりつけ 医療機関名		電話番号	
診療科名		主治医名	

1. 食物アレルギーの状態

原因食物	
症状(詳細にご記入ください。)	

2. 学校給食について、あてはまるものすべてに☑してください。

今まで	<input type="checkbox"/> 他の児童生徒（園児）と同じ給食等を食べていた。 <input type="checkbox"/> 食物アレルギーと診断されていたが、他の児童生徒（園児）と同じ給食等を食べていた。 <input type="checkbox"/> 食物アレルギーと診断されていたので、除去食（代替食）の給食等を食べていた。 <input type="checkbox"/> 毎日弁当を持参していた。 <input type="checkbox"/> 献立により、弁当を持参していた。 <input type="checkbox"/> その他（ ）
今後希望するもの	<input type="checkbox"/> 当面は卵（魚卵は含まない）の除去食の提供 <input type="checkbox"/> 牛乳のみ停止

※学校給食管理指導表（食物アレルギー疾患用）（様式2）を添付してください。

年 月 日

(あて先) 成田市学校給食センター所長

成田市立 学校長 ㊟

学校給食食物アレルギー除去食（新規・継続・変更・中止）決定通知書

年 月 日付で申し込みのあった食物アレルギー除去食の対応について、
下記のとおり決定しましたのでお知らせいたします。

記

学年組	年 組	児童生徒氏名	
-----	-----	--------	--

対応内容

対応開始日	年 月 日
対応	<input type="checkbox"/> 新規 ・ <input type="checkbox"/> 継続 ・ <input type="checkbox"/> 変更 ・ <input type="checkbox"/> 中止
対応内容	<input type="checkbox"/> 当面は卵（魚卵は含まない）の除去食の提供 <input type="checkbox"/> 牛乳のみ停止 <input type="checkbox"/> 通常給食の提供
その他	

様式 7-2

年 月 日

保護者 様

成田市学校給食センター所長 ㊟

成田市立 学校長 ㊟

学校給食食物アレルギー除去食（新規・継続・変更・中止）決定通知書

年 月 日付けで申し込みのあった食物アレルギー除去食の対応について、
下記のとおり決定しましたのでお知らせいたします。

記

学年組	年 組	児童生徒氏名	
-----	-----	--------	--

対応内容

対応開始日	年 月 日
対応	<input type="checkbox"/> 新規 ・ <input type="checkbox"/> 継続 ・ <input type="checkbox"/> 変更 ・ <input type="checkbox"/> 中止
対応内容	<input type="checkbox"/> 当面は卵（魚卵は含まない）の除去食の提供 <input type="checkbox"/> 牛乳のみ停止 <input type="checkbox"/> 通常給食の提供

その他	
-----	--

食物アレルギー除去食受け渡しチェック表 (調理場→学校)

年 月

学校

日	曜日	時 間	配送者名	場 所	教職員名	回収 <input checked="" type="checkbox"/>	回収者名
		:		<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()		<input type="checkbox"/>	
		:		<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()		<input type="checkbox"/>	
		:		<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()		<input type="checkbox"/>	
		:		<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()		<input type="checkbox"/>	
		:		<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()		<input type="checkbox"/>	
		:		<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()		<input type="checkbox"/>	
		:		<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()		<input type="checkbox"/>	
		:		<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()		<input type="checkbox"/>	
		:		<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()		<input type="checkbox"/>	
		:		<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()		<input type="checkbox"/>	
		:		<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()		<input type="checkbox"/>	
		:		<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()		<input type="checkbox"/>	
		:		<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()		<input type="checkbox"/>	
		:		<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()		<input type="checkbox"/>	
		:		<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()		<input type="checkbox"/>	
		:		<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()		<input type="checkbox"/>	
		:		<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()		<input type="checkbox"/>	
		:		<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()		<input type="checkbox"/>	
		:		<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()		<input type="checkbox"/>	

食物アレルギー除去食受け渡しチェック表 (調理場→学校)

記入について

年 月

成田市立〇〇小学校

日	曜日	時間	配送者名	場所	教職員名	回収 <input checked="" type="checkbox"/>	回収者名
8	火	11:00	成田太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()	千葉花子	<input checked="" type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()		<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()			
				<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()			
				<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()			
				<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()			
				<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()			
				<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()			
				<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()			
				<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()			
				<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()			
				<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()			
				<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()			
				<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()			
				<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()			
				<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()			
				<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()			
				<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()			
				<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()			
				<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()			
				<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()			
				<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()			
				<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()			
				<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()			
				<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()			
				<input type="checkbox"/> 職員室 <input type="checkbox"/> 他 ()			

① 配送者が、日にち、曜日、配送者自身の氏名、職員室等に到着した時間を記入します。

② 配送者が、学校の職員室等で渡した教職員の氏名を確認し、配送者が記入します。

⑥ 配送者が、回収時に個別専用容器を引き取り、回収者自身の氏名を確認・チェックし、回収者自身の氏名を記入します。

食物アレルギー除去食受け渡しチェック表（教職員→本人）

年 月

年 組 氏名

日	曜日	職員室等			受け渡し場所				備考欄
		時 間	受 取 教職員名	学校長 確認	教職員→本人		内容確 認 <input type="checkbox"/>	返却 <input type="checkbox"/>	
					教職員名	時 間			
		:				:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		:				:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		:				:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		:				:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		:				:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		:				:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		:				:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		:				:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		:				:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		:				:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		:				:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		:				:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		:				:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		:				:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		:				:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		:				:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		:				:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		:				:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		:				:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		:				:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		:				:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		:				:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		:				:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		:				:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		:				:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

※必ず個別専用容器に書かれている氏名を確認してください。

※職員室等で保管し、月末に調理場へ写しを提出してください。

食物アレルギー除去食受け渡しチェック表 (教職員→本人)

記入について

令和 4 年 10 月

3 年 1 組 氏名 ○○ ○○

日	曜日	職員室等			受け渡し場所				備考欄
		時間	受 取 教職員名	学校長 確認	教職員→本人		内容 確認 <input checked="" type="checkbox"/>	返却 <input checked="" type="checkbox"/>	
					教職員名	時間			
8	火	11:00	千葉花子		山田一郎	12:00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
		↑	↑		↑	:	<input type="checkbox"/>	↑	
							<input type="checkbox"/>		
							<input type="checkbox"/>		
							<input type="checkbox"/>		
							<input type="checkbox"/>		
							<input type="checkbox"/>		
		:					<input type="checkbox"/>		
		:					<input type="checkbox"/>		
		:					<input type="checkbox"/>		
		:					<input type="checkbox"/>		
		:					<input type="checkbox"/>		
		:					<input type="checkbox"/>		
		:					<input type="checkbox"/>		
		:					<input type="checkbox"/>		
		:					<input type="checkbox"/>		
		:					<input type="checkbox"/>		
		:					<input type="checkbox"/>		
		:					<input type="checkbox"/>		
		:					<input type="checkbox"/>		
		:					<input type="checkbox"/>		
		:					<input type="checkbox"/>		
		:					<input type="checkbox"/>		
		:					<input type="checkbox"/>		
		:					<input type="checkbox"/>		
		:					<input type="checkbox"/>		
		:					<input type="checkbox"/>		
		:					<input type="checkbox"/>		

③ 配送者から受けた教職員が、自身の氏名や受けた時間を記入します。
学校長が確認します。
(不在時は、管理職等確認)

④ 児童生徒に受け渡す教職員が、個別専用容器に書かれている児童生徒の氏名と本人を確認して渡した際に、教職員自身の氏名と、受け渡した時間を記入し、内容確認にチェックする。

⑤ 児童生徒が喫食後、個別専用容器を返却したことを確認しチェックします。

※ 基本的に④で対応した教職員が、⑤で喫食後も返却の確認をします。
但し、都合で喫食前と後で確認者が違う場合は、備考欄に返却時の確認者名を記入します。

※必ず個別専用容器に書かれている氏名を確認してください。
※職員室等で保管し、月末に調理場へ写しを提出してください。

食物アレルギー症状チェックシート

□観察開始（ 時 分） □薬の服用（ 時 分） □エピペン®の注射（ 時 分）

	グレード3	グレード2	グレード1
全身	<input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 意識もうろう <input type="checkbox"/> 尿や便を漏らす <input type="checkbox"/> 脈が触れにくいまたは不規則 <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い		
呼吸器	<input type="checkbox"/> のどや胸が締め付けられる <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 息がしにくい <input type="checkbox"/> 持続する強い咳き込み <input type="checkbox"/> 犬が吠えるような咳 <input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸	<input type="checkbox"/> 数回の軽い咳	
消化器	<input type="checkbox"/> 持続する強い(がまんできない)お腹の痛み <input type="checkbox"/> 繰り返し吐き続ける	<input type="checkbox"/> 明らかな腹痛 <input type="checkbox"/> 複数回の嘔吐 <input type="checkbox"/> 複数回の下痢	<input type="checkbox"/> 我慢できる弱い腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気
目 口 鼻 顔		<input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ <input type="checkbox"/> まぶたの腫れ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ、充血 <input type="checkbox"/> 唇の腫れ <input type="checkbox"/> 口のかゆみ、違和感 <input type="checkbox"/> 喉のかゆみ、違和感 <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、鼻づまり
皮膚		<input type="checkbox"/> 強いかゆみ <input type="checkbox"/> 全身性の赤み <input type="checkbox"/> 全身のじんましん	<input type="checkbox"/> 軽度のかゆみ <input type="checkbox"/> 部分的な赤み <input type="checkbox"/> 数個のじんましん

上の症状が1つでもあれば以下の対応を行う。

上の症状が1つでもあれば以下の対応を行う。

上の症状が1つでもあれば以下の対応を行う。

対 応	<input type="checkbox"/> エピペン®の注射 (迷ったらエピペン®の注射) <input type="checkbox"/> 救急車の要請 <input type="checkbox"/> 内服薬の使用 (反応がなく、呼吸がなければ) <input type="checkbox"/> 胸骨圧迫 <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> AED実施	<input type="checkbox"/> 内服薬の使用 <input type="checkbox"/> エピペン®の準備 <input type="checkbox"/> 医療機関の受診 (迷ったら救急車要請) <input type="checkbox"/> グレード3の症状の有無を注意深く観察し、1つでもあてはまる場合はエピペン®を使用する。	<input type="checkbox"/> 安静にして経過観察 <input type="checkbox"/> 内服薬の使用 <input type="checkbox"/> 医療機関の受診
--------	--	---	---

参考様式 1

年 月 日

保護者 様

成田市立 学校長

食物アレルギーに関する調査表の提出について（依頼）

（ ）の候、保護者の皆様には益々ご健勝のことと存じます。

平素より本校の教育にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

本校では、食物アレルギー疾患の児童生徒の学校生活をより安心して安全なものとするため、食物アレルギー疾患についての詳しい情報を把握し、適切に対応するよう努めているところです。

このたび、健康調査票で食物アレルギーが「あり」とのご回答でしたので、アレルギーの内容の詳細を把握するため、別添の「食物アレルギーに関する調査表」（様式 1-a 又は 1-b）を記入していただき、学校にご提出くださいますようお願いいたします。

なお、質問 7 において、食物アレルギーに対する取組を希望すると回答された場合は、「学校生活管理指導表（食物アレルギー疾患用）」（様式 2）をお渡ししますので、主治医等に記載していただき提出していただくとともに、具体的な取組みやより適切な健康管理、対応方法等を話し合う必要があることから、保護者の方と面談を行いますので、ご理解ご協力をお願いいたします。

参考様式 2

年 月 日

保護者 様

成田市立 学校長

学校生活管理指導表（食物アレルギー疾患用）の提出について（依頼）

（ ）の候、保護者の皆様には益々ご健勝のことと存じます。

平素より本校の教育にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

本校では、食物アレルギー疾患の児童生徒の学校生活をより安心して安全なものとするため、食物アレルギー疾患についての詳しい情報を把握し、適切に対応するよう努めているところです。

このたび、学校給食での食物アレルギー対応にあたり、別添の学校生活管理指導表（食物アレルギー疾患用）（様式 2）を主治医に記入していただき、学校にご提出くださいますようお願いいたします。

また、学校生活管理指導表（食物アレルギー疾患用）（様式 2）を提出していただいた後に、主治医の診断に基づき、学校との具体的な取組みやより適切な健康管理、対応方法等を話し合う必要があることから、保護者の方と面談することとしていますので、ご理解ご協力をお願いいたします。

参考様式 3

年 月 日

主治医 様

成田市立 学校長

学校生活管理指導表（食物アレルギー疾患用）の記載について（依頼）

（ ）の候、貴職には益々ご健勝のことと存じます。

平素は、本校の教育にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

本校では、食物アレルギー疾患の児童生徒の学校生活を安全で安心なものとするため、食物アレルギー疾患について詳しい情報を把握し、適切に対応するよう努めているところです。

このたび、学校給食での食物アレルギー対応にあたり、別添の学校生活管理指導表（食物アレルギー疾患用）（様式 2）をご記入していただき、学校での具体的な取組みやより適切な健康管理、対応方法を検討したいと考えておりますのでご記入くださいますようお願いいたします。

X I Q & A

Q 1. 食物アレルギーを引き起こす原因物質は何ですか？

A 1. 加工食品に含まれるもので、一定以上含まれる場合（1kg につき数mg）に表示義務のあるのは7品目です。その他表示が推薦されているものが21品目あります。

表示の義務があるもの 特定原材料7品目	卵、乳、えび、かに、小麦、そば、落花生
表示が推奨されているもの 特定原材料に準ずるもの21 品目	魚 類：さけ、さば、いか、あわび、いくら 肉 類：豚肉、牛肉、鶏肉、ゼラチン(動物性たんぱく質) 野菜類：大豆、ごま、やまいも、まつたけ 果実類：りんご、バナナ、もも、オレンジ、 キウイフルーツ、カシューナッツ、くるみ、 アーモンド (注：義務ではないため、含まれていても表示されないことが あります。)

・食物アレルギー物質は、症例数の多い7品目は「特定原材料」として表示が義務付けられています。

・過去に一定の頻度で食物アレルギー症状が見られた21品目は「特定原材料に準じて表示が推薦」されています。

Q 2. コンタミネーションとは？

A 2. 食品を製造する際に、原材料として使用していないにもかかわらず、食物アレルギー物質が微量混入してしまう場合をいいます。

例えば特定原材料Aを使用した製造ラインで、次に特定原材料Aを使用しない別の食品を製造する場合、その製造ラインを洗浄したにも関わらず、ごく微量の特定原材料Aが混入してしまう場合です。

Q 3. キャリーオーバーとは？

A 3. 加工食品を製造する過程で、原材料自体に使われている添加物が、そのまま加工食品に残ることです。キャリーオーバーの条件としては、

1. 原材料の製造時にだけ使われていること。
2. 原材料に使われた添加物が出来上がった加工食品に対して、その効果を発揮しない量であること。

この両方に該当すれば、出来上がった加工食品への表示義務はなくなります。

例えば、せんべいの味付け用に、保存料を含むしょうゆを使ったとしても、この保存料の量のごくわずかで、せんべいの保存に効果が無い場合は、しょうゆに含まれている保存料はキャリーオーバーとみなされます。

Q 4. 学校生活管理指導表（食物アレルギー疾患用）は、年1回の提出を求められますか？

A 4. アレルギー疾患は1年のうち、症状が変化したり、新たに別の症状が発症することがあるため、提出していただきます。

Q 5. 保護者から、学校生活管理指導表（食物アレルギー疾患用）を提出されていないにもかかわらず、食物アレルギーの対応を依頼されました。どうすればよいのでしょうか？

A 5. 学校では、医師の診断に基づいた学校生活管理指導表（食物アレルギー疾患用）をもとに、対応や取り組みを検討することを保護者に伝え、提出を依頼してください。学校給食では、食物アレルギーの除去が必要な場合、保護者の自己判断や幼少時の診断結果では、適切な対応ができないため、学校生活管理指導表（食物アレルギー疾患用）の提出が必要です。また、学校生活管理指導表（食物アレルギー疾患用）の提出を求める際には、文書料が必要となる場合があることについても、保護者の理解を得るようにしてください。

Q 6. 食物アレルギー症状が非常に軽い場合でも、学校生活管理指導表（食物アレルギー疾患用）の提出が必要ですか？

A 6. 健康調査票でアレルギー症状があると回答し、その後食物アレルギーに関する調査表でアレルギーに関する取組、個別対応が必要とした場合は提出していただきます。

Q 7. 自宅からお弁当を持参することを希望していますが、学校生活管理指導表（食物アレルギー疾患用）の提出が必要ですか？

A 7. 献立表対応、弁当対応、除去食対応の場合は、提出していただきます。

Q 8. 重度の食物アレルギーの場合、コンタミネーション（混入）の可能性について、保護者にどう説明すればよいですか？

A 8. 調理場内におけるコンタミネーションは、必ず起こり得るものです。卵（魚卵は含まない）と乳の除去食を作る場合にも、卵や乳の含まれている食品を使用した釜を洗浄して使用しているため、十分洗浄を行っても、コンタミネーションの可能性は避けられません。

ついては、学校長は、調理機器や器具を共通して使用するため、十分洗浄を行っていてもコンタミネーションの可能性が避けられないことを保護者に説明してください。

また、微量の混入でも症状が出るかどうか等について主治医に十分に相談の上、除去食の提供が可能かどうか判断してください。

Q 9. 除去食の対応をしていた児童生徒の保護者から「症状がなくなり食べられるようになった」と連絡があったので、除去食を終了してよいのでしょうか？

A 9. 事故防止のため、喫食の可否については、医師の診断に基づくことが基本です。「食べることが可能になった」ことを確認するため、学校生活管理指導表（食物アレルギー疾患用）の提出を保護者に依頼し、内容を確認したうえで除去食の提供を終了してください。

参考文献

- ・食物アレルギーによるアナフィラキシー学校対応マニュアル小・中学校編
監修：日本アレルギー学会
発行者：公益財団法人 日本学校保健会
- ・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）
監修：文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課
発行者：公益財団法人 日本学校保健会
- ・兵庫県児童生徒アレルギー疾患対応マニュアル
兵庫県教育委員会 体育保健課
- ・アレルギー疾患の児童生徒対応マニュアル
横浜市教育委員会 指導部 健康教育課
- ・足利市学校給食食物アレルギー対応マニュアル
足利市教育委員会
- ・学校給食における食物アレルギー対応の手引き
千葉県教育委員会 学校安全保健課
- ・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

成田市学校給食食物アレルギー対応マニュアル

平成 26 年 4 月
平成 29 年 4 月 改訂
平成 29 年 12 月 改訂
令和 4 年 8 月 改訂

発行者
成田市教育委員会
教育部 学校給食センター

〒 2 8 6 - 0 0 1 1
成田市玉造 1 丁目 1 4
電 話 0 4 7 6 - 2 7 - 9 4 4 9
F A X 0 4 7 6 - 2 7 - 2 5 4 1
Mail:kyushoku@city.narita.chiba.jp