様 式 集

様式	1	保健調査票 ・・・・・・・・・・・・・・・ P31
様式	2	食物アレルギー調査票 ・・・・・・・・・ P 3 3
様式	3	学校生活管理指導表 ・・・・・・・・・ P 3 5
		学校生活管理指導表(記入方法)・・・・・・P37
様式	4	食物アレルギー個別の取組みプラン ・・・・・P38
様式	5 - 1	同意書(単独調理校) ・・・・・・・・・ P 4 3
様式	5 - 2	同意書(センター・共同調理場受配校)・・・・・P44
様式	6	緊急時の対応 ・・・・・・・・・ P 4 5
		緊急時の対応 (記入例)・・・・・・・・ P 4 6
		一般向けエピペン対応 ・・・・・・・・ P 4 7
様式	7	献立対応予定表・・・・・・・・・・・・・・ Р 4 8
様式	8 - 1	承諾書 (単独調理校)・・・・・・・・・ P 4 9
様式	8 - 2	承諾書(センター・共同調理場受配校) ・・・・ P 5 0
様式	9	食物アレルギー対応を要する就学児一覧 ・・・・・P51
様式	1 0	食物アレルギー調査報告書 ・・・・・・・・ P 5 2
様式	1 1	食物アレルギー対応カード・・・・・・・P53
様式	1 2	面談調書 · · · · · · · · · · · · · · · P 5 4
様式	1 3	緊急対応記録表 ・・・・・・・・・・ P 5 5
様式	1 4	詳細な献立(例)・・・・・・・・・P56
様式	1 5	除去解除申請書 ・・・・・・・・・ P 5 7
資料	1	医薬品保管依頼書 ・・・・・・・・・ P 5 8
資料	2	学校生活管理指導表の提出について ・・・・・ P 5 9
資料	3	食物アレルギーの頻度・原因 ・・・・・・・・ P60



就学時健康診断《保健調査票》 年度 日光市教育委員会

ふりがな 就学児氏名			性 別 生年月日		男年	女月日	生	
ふりがな 保護者名		就学児との関係 ()	住 所電 話	日光市	_	_		
保育状況	・家庭保育 ・ ・	・その他(幼稚園・保育所・幼稚園・保育所・				月から入園 月から入園	ŕ	
※小学生の兄や姉のいる場合は学年と氏名を、いない場合は近所の児童名を記入してください。 兄姉 年氏名 年氏名 年氏名 年氏名								

※この調査は、小学校へ入学する前のお子さんの健康状態を知るための大切な調査です。(秘)として取り扱 いますので、ありのままを記入してください。

1 該当する項目に○印を記入してください。

	項 目	〇 印
	めまいや立ちくらみを起こしやすい	
	少しの運動でも息苦しくなることがある	
内科	頭痛を起こしやすい	
	腹痛・下痢を起こしやすい	
	熱を出しやすい	
松縣	口の開け閉めの時、音がしたり痛みがある	
科	歯並びが気になる	
眼	ものが見えにくいように感じる(視力低下の疑い)	
• 鼻	かかりやすい目や耳、鼻、のどの病気がある (病名)	
耳	耳が聞こえにくいように感じる	
· П	話し言葉が気になる	

※お子さんの健康上のことで、学校に知らせておきたいことがありましたら記入してください。 ※就学時健康診断の検査や診察の際に配慮が必要な場合は事前(10 日前位)に学校へお知らせくださ *ل* ١ ° °

2 今までにかかった病気(かかった年齢、また現在も治療している場合は治療中と記入してください。)

病名	年 齢	病		名	年	齢	病			名	年	齢
麻しん(はしか)		食物ア	・レル	ギー			運動	機	能 障	害		
風しん(三日ばしか)		アトピ	一性皮	膚 炎			脳 炎	•	髄膜	炎		
水痘(みずぼうそう)		ぜん	, そ	<			て	ん	カュ	ん		
溶連菌感染症		心	臓	病			頭	部	外	傷		
流行性耳下腺炎		Л	崎	病			小	児	ま	\mathcal{O}		
百 日 咳		腎	臓	病			肺			炎		
結 核		肝	臓	病	·		その他	()		
熱性痙攣(ひきつけ)	(才) (回)	熱	(度)脳源	支検3	查(有	• 無)	

3 今までに受けた予防接種(母子手帳を参考に、接種年月日を記入してください。)

予防力	妾 種	名	接種年	F月 日	予 防 接	種名	1	接種年	三月日
В	C G		•	•			1回	•	•
		1回	•	•	三種混合	初回	2回	•	•
ヒブ (インフルエン [・]	光学 L	2回	•	•	ジフテリア 百日せき		3回	•	•
型)	リ 困 D	3回	•	•	破傷風	追	加	•	•
		追加	•	•	mat va A		1回	•	•
		1回	•	•	□ 四種混合□ ジフテリア	初回	2回	•	•
小児用肺炎球菌		2回	•	•	ンノケリア		3回	•	•
		3回	•	•	ポリオ	追	加	•	•
		追加	•	•	MR混合	1期		•	•
ポリオ		1回	•	•	(麻しん・風しん混合)	2期		•	•
(生ワクチン	/)	2回	•	•	麻しん単独	1期		•	•
		1回	•	•	州しん早畑	2期		•	•
ポリオ (不活化ワクチ	初回	2回	•	•	風しん単独	1期		•	•
ン)		3回	•	•	風しん早畑	2	期	•	•
		 自加	•	•		1期	1回	•	•
水痘(みず	水痘(みずぼうそう)		•	•	日本脳炎	初回	2回	•	•
流行性耳下腺彡 ぜ		ふくか	•	•		追	加	•	•

4 使用できない薬品(使用できない薬品がありましたら、薬品名を記入してください。)

薬品名

食物アレルギー調査票 記入日 令和 年 月 日

)(※進学予定校: (学校名:)

ふりがな 氏 名		男	生年月日	平成 令和	年	月	日
		女	学年・組・番号		年	組	番
保護者氏名			連絡先電話番号				

学校では、食物アレルギー症状を有する児童生徒が、心身ともに健康な学校生活を送れるよう、 学校給食を中心とした教育活動において、医師の診断や指示の下で必要な対応をすることを目指し ています。下記の1~10の質問にお答えください。

1 食物が原因と思われるアレルギーがありますか?(○で囲んでください)

ア 現在ある ウ ない→質問は以上で終了です イ 過去にあったが現在は食べている (食品名 ▶ 質問は以上で終了です

2 医師から食物アレルギーであるという診断を受けたことがありますか? (○で囲んでください)

ア 受けたことがある(歳頃) イ 診断は受けていない→質問4へ



3 その時、原因食品の除去は指示されましたか? (○で囲んでください)

ア 指示された/食品名

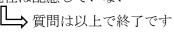
イ 指示されていない



4 現在の状況はどうですか?(○で囲んでください) **<**-

ア 現在も以下の食品を配慮している

イ 現在は配慮していない





5 現在の家庭での食事の状況はどうですか? (○で囲んでください) *

- ア 全く食べさせていない
- イ 加工食品等わずかに入っているものだけ食べさせている
- ウ 体調の悪い時は食べさせていない
- エその他(

※5の質問まで進んだ 場合は「学校生活管理指 導表」の提出をしていた だき、医師の診断に基づ いて、学校給食の対応を 決定します



6 原因食品を食べることで、どんな症状がでるか、具体的に記入してください。

一番最近の症状が出た時期 (平成・令和 月頃) 年 <どんな症状が出たか>

	いいえ・	<i>はい</i> →(回) (量	最後の発症年月	年	月)
8	• '	ーショック(血圧低 はい →(=		•	月)
9	アドレナリン自 いいえ ・	己 注射薬(エピペン はい	@)を処方さ	られていますか?			
10	2-1-1-1-1	ギーの治療のために はい → 薬品名	(常時		カみ))

※小学6年時に記入の場合は、〈進学予定校〉の記入をお願いします。

7 運動で食物アレルギーの症状を発症したことはありますか?

以上、ご協力ありがとうございました。

なお、本校の給食は限られた人数、調理室での大量調理のため、可能な範囲での対応となります。対応については以下の基準により検討いたします。対応を検討した結果、児童生徒の実態によっては対応できない場合があります。

予めご了承くださいますようお願いいたします

食物アレルギーにおける学校給食対応実施基準

本校における食物アレルギー対応は「日光市小・中学校食物アレルギー対応マニュアル」に基づいています。「安心・安全」な給食提供を最優先し、次の「全て」に該当する児童生徒に対して、食物アレルギー対応学校給食を実施します。保護者等による自己判断に基づく食事制限や単なる好き嫌いは対象としません。

- ○食物アレルギーの医師診断があり、現在も医療機関で治療または定期受診していること。
- ○医師記入の「学校生活管理指導表」が提出されていること。
- ※学校生活管理指導表は1回/年の提出及び、症状に変化のあった場合にはその都度提出すること。
- ○家庭において医師の指導のもと除去食などの対応をすでに行っていること。
- ○原則として、毎月の学校での打合せ等に参加できること。(学校と保護者との話合いによって 対応を決定することもできる。)

提出日 年 月 日

名前	(里・女)	在	日	H	年
12月13		+		⊔	

※この生活管理指導表は、学校の生活において特別な配慮や管理が必要となった場合に医師が作成するものです。

	病型・治療	学校生活上の留意点		★保護者		
ア	▲ 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	△ 給食 1. 管理不要 2. 管理必要 □ 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要	【緊	電話:		
ナフィラキシー 食物(あり・なし)	■ 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 (② 運動 (体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要 □ 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 □ 原因食物を除去する場合により厳しい除去が必要なもの ※本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した料理 については、給食対応が困難となる場合があります。 鶏卵:卵殻カルシウム 牛乳:乳糖・乳清焼成カルシウム 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	【緊急時連絡先】 記載日	★連絡医療機関 医療機関名: 電話:	月	E ®
アレルギー (あり·なし)	10. 肉類 () () () () () () () () () (■ その他の配慮・管理事項(自由記述) 	医療機能	関名		
	病型・治療	学校生活上の留意点		★保護者		
	▲ 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	【緊急	電話:		
気管支	上 長期管理薬(吸入) 薬剤名 投与量/日 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 () ()	 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 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 	【緊急時連絡先】	★連絡医療機関 医療機関名: 電話:		
気管支ぜん息 (あり・なし)	3-2 長期管理薬 (内服) 薬剤名 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 () 2. その他 () 3 長期管理薬 (注射) 薬剤名	■ その他の配慮・管理事項(自由記述)	記載日	年	月	日
	1. 生物学的製剤 () 2. 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 () ()	-	医療機能	要 名		<u> </u>

(公財) 日本学校保健会 作成

(公財) 日本学校保健会

作成

夏 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	- 1
石削	(毎・女)	平)	1 日生.	十 旭	1年11日	サーク	7

	病型・治療	学校生活上の留意点	記載日			
ア	▲ 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。	△ ブール指導及び長時間の紫外線下での活動 1. 管理不要 2. 管理必要 B 動物との接触		年	月	<u> </u>
トピー性皮膚炎 (あり・なし)	4. 最重症:強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上に見られる。 *軽度の皮疹:軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変 *強い炎症を伴う皮疹:紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変	1. 管理不要 2. 管理必要 C 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要	医療機関名			<u> </u>
性皮膚炎	国・1 常用する外用薬 1. ステロイド軟膏 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他 その他 2. タクロリムス軟膏 (「プロトピック®) その他 (「プロトピック®) (「プロトペート・アルト・アルト・アルト・アルト・アルト・アルト・アルト・アルト・アルト・アル	D その他の配慮・管理事項(自由記述)				
	病型・治療	学校生活上の留意点	記載日			
ア	A 病型 1. 通年性アレルギー性結膜炎	▲ プール指導1. 管理不要2. 管理必要		年	月	日
i .	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	■ 屋外活動1. 管理不要2. 管理必要	医師名			Ð
レルギー性結膜炎 (あり・なし)	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 ()	■ その他の配慮・管理事項(自由記載)	医療機関名			
	病型・治療	学校生活上の留意点	記載日			
アレルギ	承型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)	A 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 B その他の配慮・管理事項(自由記載)	 - 医師名	年	月	日
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)	主な症状の時期: 春 、 夏 、 秋 、 冬 B 治療		医療機関名			<u> </u>

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

日本学校保健会

2. ベータ刺激薬内服

| 要 学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)

「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)の記入について」

(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。 病型・治療 学校生活上の留意点 ★保護者 A 給食 電話 □ 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. 管理不要 2 管理必要 2. 口腔アレルギー症候群 ■ 食物・食材を扱う授業・活動 3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 1. 管理不要 2. 管理必要 ★連絡医療機関 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) 医療機関名 1. 管理不要 食物(原因 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー ■ 宿泊を伴う 太外活動 3. 運動誘発アナフィラキシー **等**还理? 管理不 4. 昆虫 ■ 原因食料を除去する場合により厳しい除去が必要なもの 5. 医薬品 電話 6. その他(ついた場合。該当する食品を使用した料理 は、※全社が困難となる場合があります。 ※本欄に〇 に○をし、かつ ()内に除去根拠を記載 ● 原因食物・除去根拠 「除」機動」該当するもの全てを()内に記載 鶏卵:卵殻カルシウム 2. 牛乳·乳製品 (記載日 ② 食物経口負荷試験陽性 ①明らかな症状の既往 牛乳:乳糖・乳清焼成カルシウム 3. 小麦 ③ IgE抗体等検査結果陽性 (4) 未摂取 小麦:醤油・酢・味噌 4. ソバ 年 月 () に具体的な食品名を記載 大豆: 大豆油・醤油・味噌 5. ピーナッツ ゴマ:ゴマ油 医師名 6. 甲殼類 (すべて・エビ・カニ 魚類:かつおだし・いりこだし・魚醤 すべて・クルミ・カシュー・アーモンド 7. 木の実類 肉類:エキス € 8. 果物類 9. 魚類 ■ その他の配慮・管理事項(自由記述) 医療機関名 10 肉類 11. その他 1 12. その他2 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 (「エピベン®」) 3. その他(病型・治療 学校生活上の留意点 ★保護者 ☑ 運動(体育・部活動等) △ 症状のコントロール状態 電話 3. 不良 2. 比較的良好 管理不要 2. 管理必要 ■ 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 ★連絡医療機関 [3-1 長期管理薬(吸入) 薬剤名 投与量/日 管理不要 2. 管理必要 1. ステロイド吸入薬 医療機関名 気管支ぜん息 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 ■ 宿泊を伴う校外活動 3. その他 管理不要 2. 管理必要 電話 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) 記載日 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 2. その他 月 B-3 長期管理薬 (注射) 塞割名 医師名 1. 生物学的製剤 € ■ 発作時の対応 臺副名 投与量/日 医療機関名 ベータ刺激薬吸入

※ ①~⑤は医師が記入します。

- ③:その他の配慮・管理事項(自由記述)
- ・病状の変化や今後の見通し等を含め 具体的な対応内容を記入してください。
- ⑤:★連絡医療機関
- 押印をお願いします。



	1	食物アレ	ルキ	一個別	の取組みつ	プラン		(小学	校月])	日光市立			小学校
	氏 名					(男	·女)	保護	者名					
((出身園等)	()	住	所					
	生年月日			年	月	月		電	話					
	学年•組		14	年 組	L()			2年	組	.()		3年	組()
	担任名													
	診断日		年	月	日		年	Ξ.	月	日	2	年	月	日
[医療機関名													
	主治医名				***************************************									
	処方薬													
アドレナ	リン自己注射薬所持の有無		有	• 4	無		7	有 ·	#	#		有	• 無	
食物依有	F性運動誘発アナフィラキシー		有	• 4	無		7	有・	無	無		有	• 無	
	除去の程度	完全除	法	加熱可	加工品可	完全	除去	加索	れ可	加工品可	完全除去	加索	れ可 カ	加工品可
E														
原因														
食品														
ПП														
		月日	•	記事		月日			記事		月日		記事	

糸	食における				***************************************									
対	応決定事項											41111111111111111111111111111111111111	***************************************	
	物・食材を扱う 活動・運動													
	官泊的行事													
	その他			***************************************										

(新)														
尺。	ナ/水1ムップル													
					.			=						
※	緊急時の対応、	竪急時	の連	終先 竪	急時の服薬	医等に	つい	ては[竪急	時の対応表	シーを確認っ	よろ		



食物アレルギー個別の取組みプラン 日光市立 小学校 (小学校用) 氏 名 (男・女) 保護者名 (出身園等) (住 所 年 月 生年月日 日 電 話 学年•組 4年 組() 5年 6年 組() 組() 担任名 診断日 月 年 月 月 年 日 日 年 日 医療機関名 主治医名 処方薬 無 無 無 アドレナリン自己注射薬所持の有無 有 有 有 食物依存性運動誘発アナフィラキシ・ 有 無 有 無 無 完全除去 加熱可 加工品可 完全除去 加熱可 除去の程度 加工品可 完全除去 加熱可 加工品可 原 因 食 品 記事 月日 月日 記事 月日 記事 給食における 対応決定事項 食物・食材を扱う 活動•運動 宿泊的行事 その他 家庭における 食事療法の実施 ※ 緊急時の対応、緊急時の連絡先、緊急時の服薬等については「緊急時の対応表」を確認する



面談及び経過の記録

日光市立	小学校

年・月・日	時間	記	事	
(記録者)	(例)給食後 体育の後	※アナフィラキシー出現時は枠		で囲む



食物アレルギー個別の取組みプラン 中学校 (中学校用) 日光市立 氏 名 (男·女) 保護者名 (出身小学校) (住 所 年 生年月日 月 日 電 話) 学年•組 1年 2年 3年 組() 組(組(担任名 診断日 年 月 年 月 年 月 日 日 日 医療機関名 主治医名 処方薬 無 アドレナリン自己注射薬所持の有無 有 有 無 有 無 有 有 有 無 食物依存性運動誘発アナフィラキシ・ 無 無 完全除去 加熱可 加工品可 完全除去 加熱可 加工品可 完全除去 加熱可 加工品可 除去の程度 原 因 食 品 記事 記事 記事 月日 月日 月日 給食における 対応決定事項 食物・食材を扱う 活動•運動 宿泊的行事 その他 家庭における 食事療法の実施 ※ 緊急時の対応、緊急時の連絡先、緊急時の服薬等については「緊急時の対応表」を確認する



面談及び経過の記録

日光市立	中学校

年・月・日	時間	記:	事	
(記録者)	(例)給食後 体育の後	※アナフィラキシー出現時は枠		で囲む
***************************************	***************************************			
***************************************	***************************************			
***************************************	***************************************			

	***************************************		***************************************	

***************************************			***************************************	
***************************************			***************************************	***************************************
***************************************	***************************************			
	***************************************		***************************************	
***************************************	***************************************			

	***************************************			***************************************

同意書

年 月 日

日光市立〇〇〇〇学校長 宛

保護者氏名	印
	H ₁ -

医師の診察により、食物アレルギーと診断されました。

つきましては、学校給食においてアレルギー食の対応を実施くださるようお願いします。なお、実施にあたり、下記の内容について日光市立○○学校の説明を受け同意します。

	年	組		年	月	日
(フリガナ)			生年月日	4-	<i>7</i> 3	歳)
児童生徒氏名					(成儿
対応内容						

※児童生徒の症状の変化等、対応に変更が必要な場合は、その都度協議する。

教頭以下は学校の状況により変更可とする 受付日 年 月 日 学校長 教頭 給食主任 養護教諭 栄養士 担任

同意書

年 月 日

日光市立〇〇学校長

- ○○学校給食センター長○○学校共同調理場長宛

1口=#=# 北	r.r
保護者氏名	紅

医師の診察により、食物アレルギーと診断されました。

つきましては、学校給食においてアレルギー食の対応を実施くださるようお願いします。 なお、実施にあたり、下記の内容について日光市立○○学校(給食センター・共同調理 場)の説明を受け同意します。

	年	組		年	月	日
(フリガナ)			生年月日	+	Д (歳)
児童生徒氏名					(/引义/
対応内容						

※児童生徒の症状の変化等、対応に変更が必要な場合は、その都度協議する。

			受	大付日	年	月	日
	学校長	教頭	給食主任	養護教諭	栄養士	担任	
			<u> </u>				
教頭以下は学校の状況	 !により変更可	とする			所長/場長	栄養士	Ŀ
							ļ



	緊急時の対応【	さん ()]	年 月 日生
展や体にアレルギー顔の 食物が付いてしまった。	アレルゲン:	既往歴、服薬等:		
##	自宅住所 :	電話番号:		
##				
##	衣服や体にアレルギー源の 服	や体に付いたアレルギー源	[を拭取り、手を良く洗	たわせる。
	 			
	マレルギ 会物ナムベフ	コナーを担入	学校に持参・保管し	ている薬等(保管場所)
	一プレルヤー良物を良べく	しよった場合	保管場	所
 薬が飲める状態 ・じんましん ・軽い咳 ・その他(ず 品名等	
 でおましん ・軽い咳 ・その他() ・安静にする・衣服をゆるめる ・一口水を飲ませて様子を見る ・咳込み・息苦しい ・水が飲めない ・咳込み・息苦しい ・水が飲めない ・水が吹きかない。・水がに近い、水理川 ・寒冷れにない。・次中では、水がに、水でかと音がしているらもの ・カチッと音がしているらもの間押し付ける。・カチッと音がしているらもの間押し付ける。・カチッと音がしているらもの間押し付ける。・カチッと音がしているらもの間押し付ける。・カチッと音がしているらもの間押し付ける。・カチッと音がしているらもの間押し付ける。・カチッと音がしているらもの間押し付ける。・カチッと音がしているらもの間押し付ける。・カチッと音がしているらもの間押し付ける。・カチッと音がしているらもの間押し付ける。・カチッと音がしているらもの間押し付ける。・カチッと音がしているらもの間押し付ける。・カチッと音がしているらもの間押し付ける。・カチッと音がしているらもの間押し付ける。・カチッと音がしているらもの間押し付ける。・カチッと音がしているらもの間押し付ける。・カチッと音がしていることを検問者・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・			米 間·日·リ	
・軽い咳 ・その他() ・安静にする・衣服をゆるめる ・一日水を飲ませて様子を見る 水が ・ 吹込み・息苦しい ・吹込み・息苦しい ・水が飲みないはを込み・できないとないでないとないである。 ・吹込み・息苦しい ・水が飲みない ・水が飲みない ・水が飲みない ・水が飲みない ・水が飲みをいいまなかの強み・パンできないとないまないの強力・大が飲えるような頃・神様する強いはを込み・セーセーを言する。 ・中学のようないまなかの強み・パンでようないまないのよう・マーセーを言うないまないのよう。 ・水が飲みない ・水が飲みない ・水が飲みない ・本が飲みをいいまないまないまないまないまないまないまない。「特殊する強いはないようないまないない。「特殊する強いはないないまないない。「特殊する強いはないない。「特殊する強いはないない。「特殊する強いはないない。「特殊する強いはないない。「特殊する強いはないないまないまないまないまないまないまないまないまないまないまないまない。「特殊する強いはないない。「特殊する強いはないないまないまないまないまない。「特殊する強いはない、不規則・金数の定式を持定している。「でったりしている・でったりしている・でったりしている・でったりしている・でったりしている・でったりしている・でったりしている・でったりしている・でったりしている・でったりしている・でったりしている・でったりしている・でったりしている・でったりである。「大きないまないまないまないまないまないまないまないまないまないまないまないまないまな	薬が飲める状態			
 ・安静にする・衣服をゆるめる・一口水を飲ませて様子を見る ・ 一口水を飲ませて様子を見る ・ 一口水を飲ませて様子を見る ・ 一口水を飲ませて様子を見る ・ 水が かめる・ ・ 一 ・ 水が飲めない ・ 大が吹みるようなは、				
 ・安静にする・衣服をゆるめる ・一口水を飲ませて様子を見る ・険込み・息苦しい ・水が飲めない ・飲み・息苦しい ・水が飲めない ・水がしたいのでは、水が飲めない ・水が飲めない ・水が飲めない ・水がしたいのでは、水が飲めない ・水がしたいのでは、水が飲めない ・水がしたいのでは、水が飲めないのでは、水がしたいのでは、水が飲めない ・水がしたいのでは、水がしたいのでは、水が飲めないのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水がしたいのでは、水が				
 ・安静にする・衣服をゆるめる ・一口水を飲ませて様子を見る ・	C VIE ()	•		
 ・安静にする・衣服をゆるめる ・一口水を飲ませて様子を見る ・				
 ・一口水を飲ませて様子を見る 海水が大きないが定んできない治なかの残み ・咳込み・息苦しい ・水が飲めない ・海や使を漏らす ・水が飲みない ・海の症状 ・水が加し、水が飲む、不規則・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・		アナフィラキシー	-(ショック) * 薬が	飲めない状態
中吸器の症状				わための度な
***・「・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	HWENGE CRIED	• 0.)どや胸が締め付けられる・ラ	声がかすれる
 飲める ・水が飲めない 全身の症状 ・悪流がもうろうとしている・ぐったりしている・宗や便を漏らす ※詳細は裏面 「大きれて保護者へ連絡する。 (本数本を見されていることを教力されていることを教力されていることを教力されていることを教力を対してから5秒間押し付ける。・カチッと音がしてから5秒間押し付ける。・カチッと音がしてから5秒間押し付ける。・カチッと音がしてから5秒間押し付ける。・(ゆっくり「10」数える。) ※病院へ搬送する場合は「アレルギーの原因物質」を伝える。例:乳など (本別を開発を開発を表している。 ・大ももに真っ直ぐ押しつける。・カチッと音がしてから5秒間押し付ける。・カチッと音がしてから5秒間押し付ける。 ・産門済みエピペン・・デ校生活管理指導表・原材料明配の献立表 ・原材料明配の献立表 ・実施機関名: ・実施機関名: ・カルテル。 	+25	\		
全身の症状 ・	編成文 一次込の・心白し	/ - @		
□抗ヒスタミン剤(□ステロイド剤(を飲ませて保護者へ連絡する。 大きな事の要請				たりしている
□ステロイド剤(を飲ませて保護者へ連絡する。 放急車の要請				※詳細は裏面
を飲ませて保護者へ連絡する。 数急車の要請	□抗ヒスタミン剤 ()		7	7
検急車の要請			· ·	\
(保護者連絡先) (東護者連絡先) (東護者連絡先) (東護者連絡先) (東護者連絡先) (東京 大田 (東京 田 (東) 田 (東京 田 (東京 田 (東京 田 (東京 田 (東京 田 (東) 田 (東) 田 (東京 田 (東) 田 (東) 田 (東京 田 (東) 田 (を飲ませて保護者へ連絡する。	1		
(保護者連絡先)		救急車の要請		
(アピペン®を処方されていることを教念隊員に伝える。の以下を教念隊員に伝える。の以下を教念隊員に使す。 ・ 使用済みエピペン®・学校生活管理指導表・原材料明記の献立表	(口=#= #2) = (/4) #-	1 1 9		
1				
1 ②以下を教急隊員に渡す ・使用済みエピペン® ・学校生活管理指導表 ・原材料明記の献立表 ・原材料明記の献立表 ・原材料明記の献立表 ・原材料明記の献立表 ・原材料明記の献立表 ・原材料明記の献立表 ・原材料明記の献立表 ・ 主治医 ・ 主治医 ・ 主治医 ・ カルテNo.	順に続枘・氏名に電話番号		る。(ゆっくり「1	0」数える。)
- 使用済みエピペン® - 学校生活管理指導表 - 原材料明記の献立表 ※病院へ搬送 の原因物質」を伝える。例:乳など <緊急搬送先> 医療機関名: ス カルテNo.	1			
3 ***********************************	2			報告
 ※病院へ搬送する場合は「アレルギーの原因物質」を伝える。例:乳など 病院へ搬送 主治医: <緊急搬送先> 医療機関名: カルテNo. 	3	・学校生活管理指導表		
 ※病院へ搬送する場合は「アレルギーの原因物質」を伝える。例:乳など 病院へ搬送 主治医: <緊急搬送先> 医療機関名: カルテNo. 		・ /永杪 やすり 記して 間入立る		· ·
	※病院へ搬送する場合は「アレルギー		│	
< 緊急搬送先> 医療機関名: お カルテNo.	の原因物質」を伝える。例:乳など	病院へ搬送	主治医·	
医療機関名: カルテNo.				
医療機関名: カルテNo.)	5	
(3707) 140.			カルテNo.	
	J /V / 1\0.			



緊急時の対応【 アレルゲン: 自宅住所:	さん(既往歴、服薬等: 電話番号:)]	年 月	日生
)	らや体に付いたアレルギー源 いゆみがある場合は、 (かゆ)せる。	
アレルギー食物を食べて	しまった場合	学校に持参・保管して保管場所薬品名等	1 1	体人
薬が飲める状態 ・ じんましん ・ 軽い咳		エピペン®0.3ml セレスタミン1錠	0	0
・ 軽い咳 ・ その他 ()		レスタミン	0	0
・安静にする・衣服をゆるめる ・一口水を飲ませて様子を見る	消化器の症状 ・線 ・ の で ・ で ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	- (ショック) *薬が飲 い返しにき続ける ・競技する強い(が忘んできない)おかり。 が吠えるようなな、持続する強いがが、が吠えるようなな、持続する強いでしている。 ・でーする呼吸・息がしにくい、不 ・説がもうろうとしている・ぐったり。 や便を漏らす	なかの痛み がすれる いなき込み 下規則 している ※詳細は	
保護者連絡先 順 続柄・氏名 電話番号 1 父 日光太郎 22-1111 2 母 日光花子 090-XXXX-YYYY 3	救急車の要請	・安全キャップをダ ・ズボンの上からで ・太ももに真っ直ぐ ・カチッと音がして る。 (ゆっくり「10」	でもOK ぐ押しつけ てから 5 秒 数える。)	-
※病院へ搬送する場合は「アレルギーの原因物質」を伝える。例:乳など	・原材料明記の献立表病院へ搬送	< 主治医 > 医療機関名: 〇 : 主治医: 〇 ○ ○	× 医院 ○医師	
< 緊急搬送先> 医療機関名: ☎ カルテNo.		お 0288-54-1111 カルテNo. 〇〇-〇	000	

一般向けエピペン®の適応(日本小児アレルギー学会)

エピペン®が処方されている患者でアナフィラキシーショックを疑う場合、 下記の症状が一つでもあれば使用すべきである。

消化器の症状	・繰り返し吐き続ける	持続する強い(がまんできない)お腹の痛み
呼吸器の症状	のどや胸が締め付けられる持続する強い咳込み	・声がかすれる・犬が吠えるような咳・ゼーゼーする呼吸・息がしにくい
全身の症状	・唇や爪が青白い・意識がもうろうとしている	・脈を触れにくい・不規則・ぐったりしている ・尿や便を漏らす

当学会としてエピペン®の適応の患者さん・保護者の方への説明、今後作成される保育所(園)・幼稚園・

学校などのアレルギー・アナフィラキシー対応のガイドライン、マニュアルはすべてこれに準拠することを基本とします。

献立対応予定表

年 月	年	組	氏名
-----	---	---	----

日	曜日	対応が必要なメニュー	食品名	対応予定	保護者確認
【備考]				

- ◎ 保護者の確認欄には、その対応予定のとおりなら押印を、食べない場合には「食べない」、その他 不明な点等あれば備考欄にお書きください。
- ◎ この献立対応予定表と併せて、同封の詳細な献立表もご覧ください。
- ◎ 新たに食物アレルゲンになるようなメニューや食品がありましたら、同封の【承諾書(様式8)】に ご記入ください

承諾書

年 月 日

日光市立○○学校長 宛

保護者氏名	F

月分 アレルギー対応食は、別紙献立予定表のとおりとすることについて承諾します。

	年	組		年	月	B
(フリガナ)			生年月日	+	л	歳)
児童生徒氏名					(万义 /
※変更または沿	È意点があり	ましたらご記入下さい。				

・教頭以下は学校の状況により変更可 受付日 年 月 日 学校長 教頭 給食主任 養護教諭 栄養士 担任

承諾書

年 月 日

日光市立○○学校長

- ○○学校給食センター長○○学校共同調理場長宛

保護者氏名	戶
	Lal
144 = E 4 CC 2 4	1.1
	H1

月分 アレルギー対応食は、別紙献立予定表のとおりとすることについて承諾します。

	年	組		年	月	日
(フリガナ)			生年月日	+	л	歳)
児童生徒氏名					(<i>所</i> 又 /
※変更または治	注意点がありる	ましたらご記入下さい	`°			

・教頭以下は学校の状況	元により変更可		受付日		年	月 日
	学校長	教頭	給食主任	養護教諭	栄養士	担任

所長/場長	栄養士



食物アレルギー対応を要する就学児一覧

年 月 日

教育委員会 宛

NO	通園名	ふりがな 氏名	就学先	アナフィラキシー反応の有無・アレルギー原因食品等
1			小学校	
2			小学校	
3			小学校	
4			小学校	
5			小学校	
6			小学校	
7			小学校	
8			小学校	
9			小学校	
10			小学校	
11			小学校	
12			小学校	
13			小学校	
14			小学校	
15			小学校	
16			小学校	
17			小学校	
18			小学校	
19			小学校	
20			小学校	
21			小学校	
22			小学校	
23			小学校	
24			小学校	
25			小学校	



食物アレルギー調査報告書

年 月 日

教育委員会 宛

日光市立○○小学校長

	児童氏名	住所	\ 7 12 4	アナフィラキシー反応の有無・
No.	保護者氏名	電話番号	通園名	アレルギー原因食品等
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

※食物アレルギー対応カードの使用にあたっては、事故防止やプライバシー問題等を考慮し、 学級担任等と綿密に協議すること。

食物アレルギー対応カード	食物アレルギー対応カード
学校 月 日()	学校 月 日()
年 組 氏名	年 組 氏名
原因食品	原因食品
料理名	料理名
対応	対応
給食室 調理 盛付 対応確認	
食物アレルギー対応カード	食物アレルギー対応カード
学校 月 日()	学校 月 日()
年 組 氏名	年 組 氏名
原因食品	原因食品
料理名	料理名
対 応	対応
MA SE TO ATMENT	
\$ ### \$\tau \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	ه المعالمة ا
食物アレルギー対応カード 学校 月 日()	食物アレルギー対応カード 学校 月 日()
年組氏名	年組氏名
原因食品	原因食品
料理名	料理名
対 応	対応
給食室 調理 盛付 対応確認	給食室 調理 盛付 対応確認

面談調書

J.	見童生徒氏名	年組 日	氏名	面談実施	日 年 月	日():		
面談出席者		保護者: 2	く親・母親・()				
	田談出席有	学校側: 村	学校側: 校長・教頭・学級担任・養護教諭・栄養教諭等・調理員・(
1	食物アレ	ルギーを起こす	原因食品の確認					
	食品名	微量で反応がある か(コンタミネー ションを含む)	加熱の有無	加工食品・調味料に 含まれる微量の食品 ※	原因食品を摂取した場合 に起こりうる症状	給食での対応		
		□はい	□加熱すれば可 □その他 ()	□可 □不可□その他()	□咳き込み □嘔吐 □呼吸困難 □腹痛 □顔面紅潮 □下痢 □節むましん □掻痒感 その他()			
		□はい	□加熱すれば可 □その他 ()	□可 □不可□その他()	□咳き込み □嘔吐 □呼吸困難 □腹痛 □顔面紅潮 □下痢 □節を □湿疹 □じんましん □掻痒感 その他()			
2	保育園・约	カ稚園での対応 ((□完全除去 □]代替食 □弁当持	寺参 □その他)		
3	発症の経過	過・家庭での対応	・除去食品の確認	7.				
4				べられるようになっ				
_			•)			
5		犬を発症したこと レ □ あ]連あり □食事と	との関連なし □わか	らない)		
6	アナフィラ	ラキシーショック	の経験について					
	□なし	□ b	り(歳頃	回数 回 原因	因:)		
7	現在アレル	レギー疾患の治療	のために使用して	いる薬について				
	□なし		り(薬剤名)			
	学校に携帯	青する薬の有無						
	□なし	□ b	り(薬剤名)			
8	アレルギー	-を起こしたとき	の、万が一の時の	対処方法について				
	□薬を	と服用させる	□ エピペンを使	可用する □	発疹やじんましんが出	たら薬を塗る		
	□ 保護	隻者に連絡する	□ 症状に応じて	救急搬送する □	かかりつけの病院に連	絡する		
	□ その)他()			
9		一の配慮事項につ						

F	急太	讨反	記錄	票	_	年	_組_	氏名			男・女	女
アレル	ゲン接触時	間		年		月 日			時	分		
アレルゲン接触状況			アレルゲン			<u>=</u>	<u> </u>)場所			
処	時	分	アレルゲン	ノの除去		□ □の中の□ □ □ をする□ 手を洗る□ 眼や顔を□ その場っ□ 保健室	すぐ う を洗う で安静	にさせる				
	時 時 時	分 分 分	緊急時処方	薬		吸入薬(内服薬(その他(- V/4 HH)))	
置	時時	分 分	エピペン®			エピペン®を	を注射	、本人に持 <i>持</i> 本人以外(きせる)	
	時時	分 分	AE	D		AED装 AED使F						
連	時	分	保護者	内容()	
絡	時	分	主治医等	内容()	
救急車	時 時 時	分 分 分 分	要 請 到 着 出 発 医療機関着	同 医療	乗者							
	時	分										
経過	時	分										
• 処 置	時	分	-									
	時時	分分	-									
分ご	時	分										
الله الله	時	分										
症状	時	分										
をチェ	時	分										
(5分ごとに症状をチェック)	時	分										
3	時時	分分										

9月10日	月曜日	9月11日	火曜日	9月12日	水曜日	9月13日	木曜日	9月14日	金曜日	
麦ごはん		ごはん		ミルクパン		スタミナ丼		ごはん		
牛乳		牛乳		牛乳		牛乳		牛乳		
	- 12-11									
夏野菜カレー・福神漬け		2.0 , ., ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,		野菜コロッケ		當 什	雷汁		納豆	
海藻サラダ		五目きんぴら		コールスローサラタ	, i			ゴーヤチャンプル・	_	
チーズ		むらくも汁		ミネストローネ				沢煮椀 シュー	アイス	
食品名	アレルゲン	食品名	アレルゲン	食品名	アレルゲン	食品名	アレルゲン	食品名	アレルゲン	
こめ		こめ		ミルクパン		こめ		こめ		
強化米		強化米				強化米		強化米		
米粒麦		1 3		牛乳				, I st		
此頭		牛乳				ぶたかたスライス		牛乳		
牛乳		シバラ カス しきは	りんご			おろししょうが		朝めし太郎(納豆)		
		さばスタミナ漬け	960	野菜コロッケ		おろしニンニク		期のし太郎 (納豆)		
しゃがいも		ぶた小間肉		<u>野采コロツケ </u> サラダ油		<u>清酒</u> にんじん		ぶた小間肉		
かぼちゃ		ごぼう		<u> </u>	りんご	たまねぎ		ゴーヤ		
にんじん		にんじん		小衣工帳/	9700	にら		にんじん		
たまねぎ		さつまあげ				焼肉のたれ	りんご	たまねぎ		
なす		つきこんにゃく		キャベツ		清酒		もやし		
トマト		いりごま		きゅうり		サラダ油		とうふ		
サラダ油		サラダ油		ホールコーン缶				鶏卵		
バーモントカレー	りんご	さとう		マヨネーズ		牛乳		サラダ油(卵用)		
ディナーカレー	りんご	しょうゆ		ホワイトペッパー				おろしニンニク		
コータスカレー	りんご	清酒				とり小間肉		サラダ油		
ケチャップ		一味唐辛子				とうふ		清酒		
赤ワイン		ほんだし		ぶた小間肉		ごぼう		しょうゆ		
水		みりん		ベーコン	卵	にんじん		コンソメ		
国産福神漬	**************	水		カットマカロニ		こんにゃく	~~~~	食塩		
,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,			ミックスビーンズ		サラダ油	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	ホワイトペッパー		
カットわかめ		とり小間肉		にんじん		ほんだし				
海藻ミックス		にんじん		たまねぎ		県産みそ		とり小間肉		
キャベツ		とうふ		ダイストマト缶		ねぎ		にんじん		
ホールコーン缶		カットわかめ		じゃがいも		一味唐辛子		だいこん ねぎ		
和風ドレッシング		<u>ねぎ</u> 鶏卵		黄ピーマン コンソメ		水		ぶなしめじ		
チーズ		<u> 寿卯</u> ホワイトペッパー) 기	コンクス サラダ油				ふなしめし ごぼう		
		しょうゆ		<u>リーソフタ田</u> ホワイトペッパー				ほうれん草		
		食塩		トマトジュース				しょうゆ		
		ほんだし		粉チーズ				食塩		
		でん粉		おろしニンニク				ほんだし		
		水		ケチャップ				清酒		
		1 .,,		水				水		
		 		.,,,				1		
		†	***************************************	<u> </u>				シューアイス		
				<u> </u>						

除去解除申請書

日光市立 学校長 様

本児童生徒は学校生活管理指導表により除去していた [食品:]
について、医師の指導の下、これまでに複数回摂取して症状が誘発されませんので、	学校
給食における除去解除をお願いします。	

令和 年 月 日

保護者氏名	印
	1 1*

児童生徒名				性別	男	•	女
学年組	年	組	生年月日				
	原因食品						
食物アレルギー	解除診断日						
	備考						

《 資料 1 》

医薬品保管依頼書

日光市立 学校長 様

下記のとおり薬の保管をお願いします。なお、本表に記載された内容を、教職員で共有することに同意します。

令和 年 月 日

保護者氏名	£Π

	児童生徒氏名				性別	男・女
	学年組	年	組	生年月日		
診断名						
	主な症状					
医薬!	医薬品名					
	使用上の注意					
医薬品詳細		保存方法				
	保管の注意	交換時期				
薬物	アレルギーの有無					
ž	その他連絡事項					

年 月 日

保護者 様

日光市教育委員会

学校生活管理指導表の提出について(依頼)

当市の学校給食における食物アレルギー対応は、児童生徒の安全を大前提として、「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」に基づいて対応しております。

そのため、アレルギー対応食の提供には、医師の診断による「学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)」を学校に提出していただく必要があります。

安全・安心な学校生活及び給食指導に向けて、正確な情報を把握するため、何卒ご理解・ご協力の程よろしくお願いいたします。

《 資料 3 》

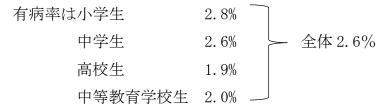
食物アレルギーの頻度と原因

(1) 頻度

【食物アレルギー有病率】

日本学校保健会が全国の公立小・中学校、高校、特別支援学校、義務教育学校、中等教育学校を対象に行った「食物アレルギーにおける原因食物(アレルゲン)別の児童生徒数」の調査結果から、

児童生徒の食物アレルギー有病者数はおよそ330,000人



→なお、食物アレルギーは診断方法も一定ではなく、調査方法によっても結果に差が出る こともあり、真の有病率を調査するのは困難だが、過去の調査結果などにより、有病率は 全体でおよそ 1~3%の範囲内にあると考えられる。

[令和4年度アレルギー疾患に関する調査報告書] (令和5年3月:公益財団法人日本学校保健会)

(2)原因

アレルギーを専門とする医師およそ 1,000 名が "食物を摂取後 60 分以内に何らかの反応を認め医療機関を受診した患者"を対象として調査しました。その結果から「7~17 歳」ではクローズアップすると

・初発例 🕤	- 1位	甲殼類	20.2%	・誤食例 🚽	- 1位	乳	25.8%
	2位	木の実類	19.7%		2位	鶏卵	21.6%
	3 位	果実類	16.0%		3 位	木の実類	14.9%
	4 位	魚卵	7.3%		4位	落花生	12.7%
	5 位	小麦	5.3%		5 位	小麦	9.1%

「令和3年度食物アレルギーに関連する食品表示に関する調査研究事業報告書」(令和4年3月:消費者庁)