

様式集

様式 1	保健調査票	P 3 1
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）	P 3 7
様式 4	食物アレルギー個別の取組みプラン	P 3 8
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）	P 4 4
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	P 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	P 5 1
様式 10	食物アレルギー調査報告書	P 5 2
様式 11	食物アレルギー対応カード	P 5 3
様式 12	面談調書	P 5 4
様式 13	緊急対応記録表	P 5 5
様式 14	詳細な献立（例）	P 5 6
様式 15	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	P 6 0

ふりがな 就学児氏名		性 別	男 ・ 女
		生年月日	年 月 日生
ふりがな 保護者名	就学児との関係 ()	住 所	日光市
		電 話	☎ — —
		携 帯	— —
保育状況	・家庭保育 ・その他 () ・ _____ 幼稚園・保育所・児童館 (年 月から入園) ・ _____ 幼稚園・保育所・児童館 (年 月から入園)		
※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 _____ 近所児童 _____ 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	○ 印
内科	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	
	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	
歯科	口の開け閉めの時、音がしたり痛みがある	
	歯並びが気になる	
眼・鼻・耳・口	ものが見えにくいように感じる (視力低下の疑い)	
	かかりやすい目や耳、鼻、のどの病気がある (病名)	
	耳が聞こえにくいように感じる	
	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い。		

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
麻疹 (はしか)		食物アレルギー		運動機能障害	
風疹 (三日ばしか)		アトピー性皮膚炎		脳炎・髄膜炎	
水痘 (みずぼうそう)		ぜんそく		てんかん	
溶連菌感染症		心臓病		頭部外傷	
流行性耳下腺炎		川崎病		小児まひ	
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 脳波検査 (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 接 種 名		接 種 年 月 日	予 防 接 種 名		接 種 年 月 日	
BCG		・ ・	三種混合 (ジフテリア 百日せき 破傷風)	初回	1回	・ ・
ヒブ (インフルエンザ菌b 型)	1回	・ ・			2回	・ ・
	2回	・ ・			3回	・ ・
	3回	・ ・		追加		・ ・
	追加	・ ・		四種混合 (ジフテリア 百日せき 破傷風 ポリオ)	初回	1回
小児用肺炎球菌	1回	・ ・	2回			・ ・
	2回	・ ・	3回			・ ・
	3回	・ ・	追加		・ ・	
追加	・ ・	MR混合 (麻疹・風疹混合)	1期		・ ・	
	・ ・		2期		・ ・	
ポリオ (生ワクチン)	1回	麻疹単独	1期		・ ・	
	2回		2期		・ ・	
ポリオ (不活化ワクチン)	初回	風疹単独	1期		・ ・	
			2期		・ ・	
			追加		・ ・	
	追加	日本脳炎	1期 初回	1回	・ ・	
・ ・	2回			・ ・		
水痘 (みずぼうそう)	・ ・		追加		・ ・	
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		・ ・				

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

(学校名:) (※進学予定校:)

ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 令和 年 月 日
		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 イ 過去にあったが現在は食べている ウ ない→質問は以上で終了です



↓ (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

↓ (食品名)

↓ 質問は以上で終了です

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 ()



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 年 月頃)

<どんな症状が出たか>

※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

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？

いいえ ・ はい →(回) (最後の発症年月 年 月)

8 アナフィラキシーショック(血圧低下や意識障害等)の経験はありますか？

いいえ ・ はい →(回) (最後の発症年月 年 月)

9 アドレナリン自己注射薬(エピペン®)を処方されていますか？

いいえ ・ はい

10 現在食物アレルギーの治療のために使用している薬はありますか？

いいえ ・ はい → (常 時 ・ 症状出現時のみ)

薬品名() ()

※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。

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し合いによって対応を決定することもできる。)

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 _____年__

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。

様式 3

	病型・治療	学校生活上の留意点	緊急時連絡先	
アナフィラキシー (あり・なし)	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） 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	A 給食 1. 管理不要 2. 管理必要 <hr/> B 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要	★保護者 電話： _____ <hr/> ★連絡医療機関 医療機関名： _____ <hr/> 電話： _____	
	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） 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（ _____)	C 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要 <hr/> D 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 <hr/> 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 ※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 コマ：ゴマ油 魚類：かつおだし・いりこだし・魚醤 肉類：エキス		
食物アレルギー (あり・なし)	C 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ〈 〉内に除去根拠を記載 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 〈 〉 _____ (すべて・エビ・カニ) 7. 木の实類 〈 〉 _____ (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 〈 〉 _____ (s) 12. その他2 〈 〉 _____ ()	F その他の配慮・管理事項(自由記述) _____ _____ _____	記載日 _____年__月__日 <hr/> 医師名 _____ (印)	
	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（「エピベン®」） 3. その他（ _____)		医療機関名 _____	
気管支ぜん息 (あり・なし)	病型・治療	学校生活上の留意点	★保護者 電話： _____ <hr/> ★連絡医療機関 医療機関名： _____ <hr/> 電話： _____	
	A 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良	A 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要		記載日 _____年__月__日
	B-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 _____ () ()	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 <hr/> C 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要		医師名 _____ (印)
	B-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 _____ ()	D その他の配慮・管理事項(自由記述) _____ _____ _____		医療機関名 _____
	B-3 長期管理薬（注射） 1. 生物学的製剤 _____ ()			
C 発作時の対応 1. ベータ刺激薬吸入 _____ () () 2. ベータ刺激薬内服 _____ () ()				

「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）の記入について」

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。

※ ①～⑤は医師が記入します。

	病型・治療	学校生活上の留意点	★保護者 電話： _____
アナフィラキシー (あり・なし) 食物アレルギー (あり・なし)	Ⅲ 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	Ⅲ 給食 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅳ 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要	★連絡医療機関 医療機関名： _____ 電話： _____
	Ⅳ 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 _____)	Ⅳ 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅴ 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅵ 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○つけた場合、該当する食品を使用した料理については、給食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・乳糖低減カルシウム 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	記載日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____
	Ⅴ 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. ビーナッツ () 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 ()	Ⅶ その他の配慮・管理事項(自由記述) <div style="text-align: center; font-size: 2em; font-weight: bold;">3</div>	記載日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____
	Ⅵ 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 _____)		
気管支ぜん息 (あり・なし)	Ⅲ 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良	Ⅲ 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅳ 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 Ⅴ 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要	★保護者 電話： _____ ★連絡医療機関 医療機関名： _____ 電話： _____
	Ⅳ-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 () () () Ⅳ-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 () () Ⅳ-3 長期管理薬（注射） 1. 生物学的製剤 () ()	Ⅶ その他の配慮・管理事項(自由記述) <div style="text-align: center; font-size: 2em; font-weight: bold;">3</div>	記載日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____
	Ⅴ 発作時の対応 1. ベータ刺激薬吸入 () () () 2. ベータ刺激薬内服 () () ()		

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。

食物アレルギー個別の取組みプラン (小学校用) 日光市立 小学校

氏名 (出身園等)	(男・女)			保護者名						
生年月日	年 月 日			住所						
学年・組	1年 組()			2年 組()			3年 組()			
担任名										
診断日	年 月 日			年 月 日			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 ・ 無			有 ・ 無			有 ・ 無			
食物依存性運動誘発アナフィラキシー	有 ・ 無			有 ・ 無			有 ・ 無			
原因食品	除去の程度	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
	月日	記事		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										

食物アレルギー個別の取組みプラン

(小学校用)

日光市立

小学校

氏名 (出身園等)	(男・女)			保護者名								
	()			住所								
生年月日	年 月 日			電話								
学年・組	4年 組()			5年 組()			6年 組()					
担任名												
診断日	年 月 日			年 月 日			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 ・ 無			有 ・ 無			有 ・ 無					
食物依存性運動誘発アナフィラキシー	有 ・ 無			有 ・ 無			有 ・ 無					
原因食品	除去の程度	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		
	月日	記事			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												

食物アレルギー個別の取組みプラン (中学校用) 日光市立 中学校

氏名 (出身小学校)	(男・女)	保護者名								
	()	住所								
生年月日	年 月 日	電話								
学年・組	1年 組()	2年 組()	3年 組()							
担任名										
診断日	年 月 日	年 月 日	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 ・ 無			有 ・ 無			有 ・ 無			
食物依存性運動誘発アナフィラキシー	有 ・ 無			有 ・ 無			有 ・ 無			
原因食品	除去の程度	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
	月日	記事	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										

同意書

年 月 日

日光市立〇〇〇〇学校長 宛

保護者氏名 _____ 印

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いたします。
 なお、実施にあたり、下記の内容について日光市立〇〇学校の説明を受け同意します。

年 組		生年月日	年 月 日 (歳)
(フリガナ) 児童生徒氏名			
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
 (〇〇学校給食センター長)
 (〇〇学校共同調理場長) 宛

保護者氏名 _____ 印

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いたします。
 なお、実施にあたり、下記の内容について日光市立〇〇学校（給食センター・共同調理場）の説明を受け同意します。

年 組		生年月日	年 月 日 (歳)
(フリガナ) 児童生徒氏名			
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。

受付日 年 月 日

学校長	教頭	給食主任	養護教諭	栄養士	担任

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

緊急時の対応【

さん ()】

年 月 日生

アレルギー：
自宅住所：

既往歴、服薬等：
電話番号：

衣服や体にアレルギー源の食物が付いてしまった。

服や体に付いたアレルギー源を拭取り、手を良く洗わせる。
かゆみがある場合は、(かゆみ止め)を塗る。

アレルギー食物を食べてしまった場合

学校に持参・保管している薬等 (保管場所)

薬が飲める状態

- ・じんましん
- ・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

水が
飲める

- ・咳込み・息苦しい
- ・水が飲めない

- 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。

保護者連絡先

順	続柄・氏名	電話番号
1		
2		
3		

※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

<緊急搬送先>

医療機関名：
☎
カルテNo.

アナフィラキシー (ショック) *薬が飲めない状態

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)おなかの痛み
呼吸器の症状	・のどや胸が締め付けられる ・声がかすれる ・犬が吠えるような咳 ・持続する強い咳き込み ・ゼーゼーする呼吸 ・息がしにくい
全身の症状	・唇や爪が白い ・脈を触れにくい、不規則 ・意識がもうろうとしている ・ぐったりしている ・尿や便を漏らす

※詳細は裏面

救急車の要請

119

- ①エピペン®を処方されていることを救急隊員に伝える
- ②以下を救急隊員に渡す
 - ・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

病院へ搬送

エピペン®の使用

- ・安全キャップを外す。
- ・ズボンの上からでもOK
- ・太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。(ゆっくり「10」数える。)

報告

<主治医>

医療機関名：

主治医：

☎

カルテNo.

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。

令和 年 月 日 保護者署名：

様式6 記入例

緊急時の対応【

さん ()】

年 月 日生

アレルギー：

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食物が付いてしまった。

服や体に付いたアレルギー源を拭取り、手を良く洗わせる。
かゆみがある場合は、(かゆみ止め)を塗る。

アレルギー食物を食べてしまった場合

学校に持参・保管している薬等 (保管場所)

薬品名等	保管場所 職員室 戸棚	本人
エビペン®0.3ml	○	○
セレスタミン1錠	○	○
レスタミン	○	○

薬が飲める状態

- ・じんましん
- ・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

水が
飲める

- ・咳込み・息苦しい
- ・水が飲めない

- 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。

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		

※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

<緊急搬送先>

医療機関名：
☎
カルテNo.

アナフィラキシー(ショック) *薬が飲めない状態

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)おなかの痛み
呼吸器の症状	・のどや胸が締め付けられる ・声がかすれる ・犬が吠えるような咳 ・持続する強い咳き込み ・ゼーゼーする呼吸 ・息がしにくい
全身の症状	・唇や爪が白い ・脈を触れにくい、不規則 ・意識がもうろうとしている ・ぐったりしている ・尿や便を漏らす

※詳細は裏面

救急車の要請

119

- ①エビペン®を処方されていることを救急隊員に伝える
- ②以下を救急隊員に渡す
 - ・使用済みエビペン®
 - ・学校生活管理指導表
 - ・原材料明記の献立表

病院へ搬送

エビペン®の使用

- ・安全キャップを外す。
- ・ズボンの上からでもOK
- ・太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。(ゆっくり「10」数える。)

報告

<主治医>

医療機関名： ○× 医院

主治医： ○○○○ 医師

☎ 0288-54-1111

カルテNo. ○○-○○○

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。

令和 6年 4月 1日 保護者署名： 日光太郎 印

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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ のどや胸が締め付けられる ・ 声がかすれる ・ 犬が吠えるような咳 ・ 持続する強い咳込み ・ ゼーゼーする呼吸 ・ 息がしにくい
全身の症状	<ul style="list-style-type: none"> ・ 唇や爪が青白い ・ 脈を触れにくい・不規則 ・ 意識がもうろうとしている ・ 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。
- ◎ 新たに食物アレルギー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

日光市立〇〇学校長 宛

保護者氏名 _____ 印

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		生年月日	年 月 日 (歳)
(フリガナ) 児童生徒氏名			
※変更または注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

日光市立〇〇学校長
 (〇〇学校給食センター長)
 (〇〇学校共同調理場長) 宛

保護者氏名 _____ 印

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		生年月日	年 月 日 (歳)
(フリガナ) 児童生徒氏名			
※変更または注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

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

日光市立〇〇小学校長

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

様式 1 1

※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			
学校 月 日()			
年	組	氏名	
原因食品			
料理名			
対 応			
給 食 室			学級
調 理	盛 付	対応確認	

食物アレルギー対応カード			
学校 月 日()			
年	組	氏名	
原因食品			
料理名			
対 応			
給 食 室			学級
調 理	盛 付	対応確認	

食物アレルギー対応カード			
学校 月 日()			
年	組	氏名	
原因食品			
料理名			
対 応			
給 食 室			学級
調 理	盛 付	対応確認	

食物アレルギー対応カード			
学校 月 日()			
年	組	氏名	
原因食品			
料理名			
対 応			
給 食 室			学級
調 理	盛 付	対応確認	

面 談 調 書

児童生徒氏名	年 組 氏名	面談実施日	年 月 日 () :
面談出席者	保護者： 父親・母親・()		
	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
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 咳き込み <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 顔面蒼白 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> 掻痒感 その他()	
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 咳き込み <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 顔面蒼白 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> 掻痒感 その他()	

2 保育園・幼稚園での対応 (完全除去 代替食 弁当持参 その他_____)

--

3 発症の経過・家庭での対応・除去食品の確認

--

4 過去に除去食を行っていたが現在は完全に食べられるようになった食品の有無

なし あり (食物名_____)

5 運動で症状を発症したことについて

なし あり (食事との関連あり 食事との関連なし わからない)

6 アナフィラキシーショックの経験について

なし あり (_____ 歳頃 回数 _____ 回 原因: _____)

7 現在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 (薬剤名_____)

学校に携帯する薬の有無

なし あり (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

薬を服用させる エピペンを使用する 発疹やじんましんが出たら薬を塗る
 保護者に連絡する 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 学校生活上の配慮事項について

緊急対応記録票

____年____組 氏名_____男・女

アレルギー接触時間 _____年____月____日 _____時____分

アレルギー接触状況 アレルギー _____量(____) 場所 _____

処	時 分	アレルギーの除去	<input type="checkbox"/> □の中のものを取り除く <input type="checkbox"/> □をすすぐ <input type="checkbox"/> 手を洗う <input type="checkbox"/> 眼や顔を洗う <input type="checkbox"/> その場で安静にさせる <input type="checkbox"/> 保健室へ搬送
	時 分	緊急時処方薬	吸入薬(____)
時 分	内服薬(____)		
時 分	その他(____)		
置	時 分	エピペン®	エピペン®を準備、本人に持たせる エピペン®を注射 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外(____)
	時 分	AED	<input type="checkbox"/> AED装着 <input type="checkbox"/> AED使用

連絡	時 分	保護者	内容(____)
	時 分	主治医等	内容(____)

救急車	時 分	要請	
	時 分	到着	
	時 分	出発	同乗者 _____
	時 分	医療機関着	医療機関名 _____

経過・処置 (5分ごとに症状をチェック)	時 分	
	時 分	
	時 分	
	時 分	
	時 分	
	時 分	
	時 分	
	時 分	
	時 分	
	時 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 牛乳 夏野菜カレー・福神漬け 海藻サラダ チーズ		ごはん 牛乳 さばスタミナ焼き 五目きんぴら むらくも汁		ミルクパン 牛乳 野菜コロッケ コールスローサラダ ミネストローネ		スタミナ丼 牛乳 雷汁		ごはん 牛乳 納豆 ゴーヤチャンプルー 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				牛乳					
牛乳		牛乳				ぶたかたスライス		牛乳	
		さばスタミナ漬け	りんご			おろししょうが			
ぶた小間肉						おろしニンニク		朝めし太郎 (納豆)	
じゃがいも		ぶた小間肉		野菜コロッケ		清酒			
かぼちゃ		ごぼう		サラダ油		にんじん		ぶた小間肉	
にんじん		にんじん		小袋中濃ソース	りんご	たまねぎ		ゴーヤ	
たまねぎ		きつまあげ				にら		にんじん	
なす		つきこんにゃく		キャベツ		焼肉のたれ	りんご	たまねぎ	
トマト		いりごま		きゅうり		清酒		もやし	
サラダ油		サラダ油		ホールコーン缶		サラダ油		とうふ	
パーモントカレー	りんご	さとう		マヨネーズ	卵	牛乳		鶏卵	卵
ディナーカレー	りんご	しょうゆ		ホワイトペッパー				サラダ油 (卵用)	
コータスカレー	りんご	清酒						おろしニンニク	
ケチャップ		一味唐辛子				とり小間肉		サラダ油	
赤ワイン		ほんだし		ぶた小間肉		とうふ		清酒	
水		みりん		ベーコン	卵	ごぼう		しょうゆ	
国産福神漬		水		カットマカロニ		にんじん		コンソメ	
				ミックスビーンズ		こんにゃく		食塩	
カットわかめ		とり小間肉				サラダ油		ホワイトペッパー	
海藻ミックス		にんじん		にんじん		ほんだし			
キャベツ		とうふ		たまねぎ		県産みそ		とり小間肉	
ホールコーン缶		カットわかめ		ダイストマト缶		ねぎ		にんじん	
和風ドレッシング		ねぎ		じゃがいも		一味唐辛子		だいこん	
		鶏卵	卵	黄ピーマン		水		ねぎ	
チーズ		ホワイトペッパー		コンソメ				ぶなしめじ	
		しょうゆ		サラダ油				ごぼう	
		食塩		ホワイトペッパー				ほうれん草	
		ほんだし		トマトジュース				しょうゆ	
		でん粉		粉チーズ				食塩	
		水		おろしニンニク				ほんだし	
				ケチャップ				清酒	
				水				水	
								シューアイス	卵

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

児童生徒名			性別	男 ・ 女
学年組	年 組	生年月日		
食物アレルギー	原因食品			
	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 _____ 印

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					
医薬品詳細	医薬品名				
	使用上の注意				
	保管の注意	保存方法			
		交換時期			
薬物アレルギーの有無					
その他連絡事項					

《 資料 2 》

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

有病率は小学生	2.8%	} 全体 2.6%
中学生	2.6%	
高校生	1.9%	
中等教育学校生	2.0%	

→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	甲殻類	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)