

様式集

- 様式1-1 「食物アレルギー調査票」
- 様式1-2 「食物アレルギー対応フローチャート」
- 様式2-1 「食物アレルギー対応給食【新規・継続】申請書（新入学・転入・在学中）」
- 様式2-2 「食物アレルギー対応給食【変更・中止】申請書」
- 様式3 「食物アレルギー対応給食指示書」
- 様式4 「家庭における除去の程度（保護者記入用）」
- 様式5 「面談記録票」
- 様式6 「食物アレルギー個人調査票」
- 様式7 「食物アレルギー対応給食が必要な児童等について（申請）」
- 様式8-1 「学校給食での食物アレルギー対応について（通知）」 保護者宛
- 様式8-2 「学校給食での食物アレルギー対応について（通知）」 学校等宛
- 様式9 「食物アレルギー対応給食同意書」
- 様式10 「食物アレルギー対応給食承諾書」
- 様式11 「緊急時対応経過記録表」
- 様式12 「食物アレルギー対応給食受渡し確認表」
- 様式13 「食物アレルギー対応チェックリスト表（学校記入用）」

本マニュアル中で「略記された語句の定義」及び「語句*の説明」について

アレルギー緊急対応マニュアル（香川県小児科医会）

エピペン使用の手順・心肺蘇生とAEDの手順（香川県小児科医会）

個別対応シート・症状チェックシート（香川県小児科医会）

【参考文献・出典】

食物アレルギー調査票

学校等名 _____ こ、幼、小、中 _____ 年 組 名前 _____ 男・女 _____

記入年月日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 保護者名 _____

1 食物アレルギーはありますか。

いいえ → (終了) はい → (2～8の質問に回答してください。)

2 その原因となる食物と摂取後に起こる症状の程度等は何ですか。

食物名	家庭での対応	
	量	食した時の症状
鶏卵	<input type="checkbox"/> 微量の混入も不可 <input type="checkbox"/> 微量の混入は可 <input type="checkbox"/> 少量・ある程度の量 (卵黄： _____ 卵白： _____) は食べられる	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 本人除去 <input type="checkbox"/> 特に配慮をしていない <input type="checkbox"/> その他 (_____)
牛乳 (牛乳・乳製品)	<input type="checkbox"/> 微量の混入も不可 <input type="checkbox"/> 微量の混入は可 <input type="checkbox"/> 少量・ある程度は食べられる (具体的な量： _____)	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 本人除去 <input type="checkbox"/> 特に配慮をしていない <input type="checkbox"/> その他 (_____)
	<input type="checkbox"/> 微量の混入も不可 <input type="checkbox"/> 微量の混入は可 <input type="checkbox"/> 少量・ある程度は食べられる (具体的な量： _____)	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 本人除去 <input type="checkbox"/> 特に配慮をしていない <input type="checkbox"/> その他 (_____)
	<input type="checkbox"/> 微量の混入も不可 <input type="checkbox"/> 微量の混入は可 <input type="checkbox"/> 少量・ある程度は食べられる (具体的な量： _____)	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 本人除去 <input type="checkbox"/> 特に配慮をしていない <input type="checkbox"/> その他 (_____)

※微量とは、よく洗った調理器具や食器に残っている微量残留や、離れた場所からの粉の飛散による混入などのこと

3 現在除去中の食物はありますか。

いいえ はい (食物名： _____)

4 上記3の除去食はどなたが判断しましたか。

医師 保護者 その他 (_____)

5 アレルギー検査を受けたことがありますか。また、その時の検査結果はどうでしたか。

いいえ はい → 結果 (陰性・陽性) ⇒ 陽性の食物名 (_____)
 _____ 年 _____ 月実施

6 運動でアレルギーの症状を発症したことがありますか。

いいえ はい → (食事との関連あり ・ _____ 食事との関連なし)

7 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 (薬剤名 _____)

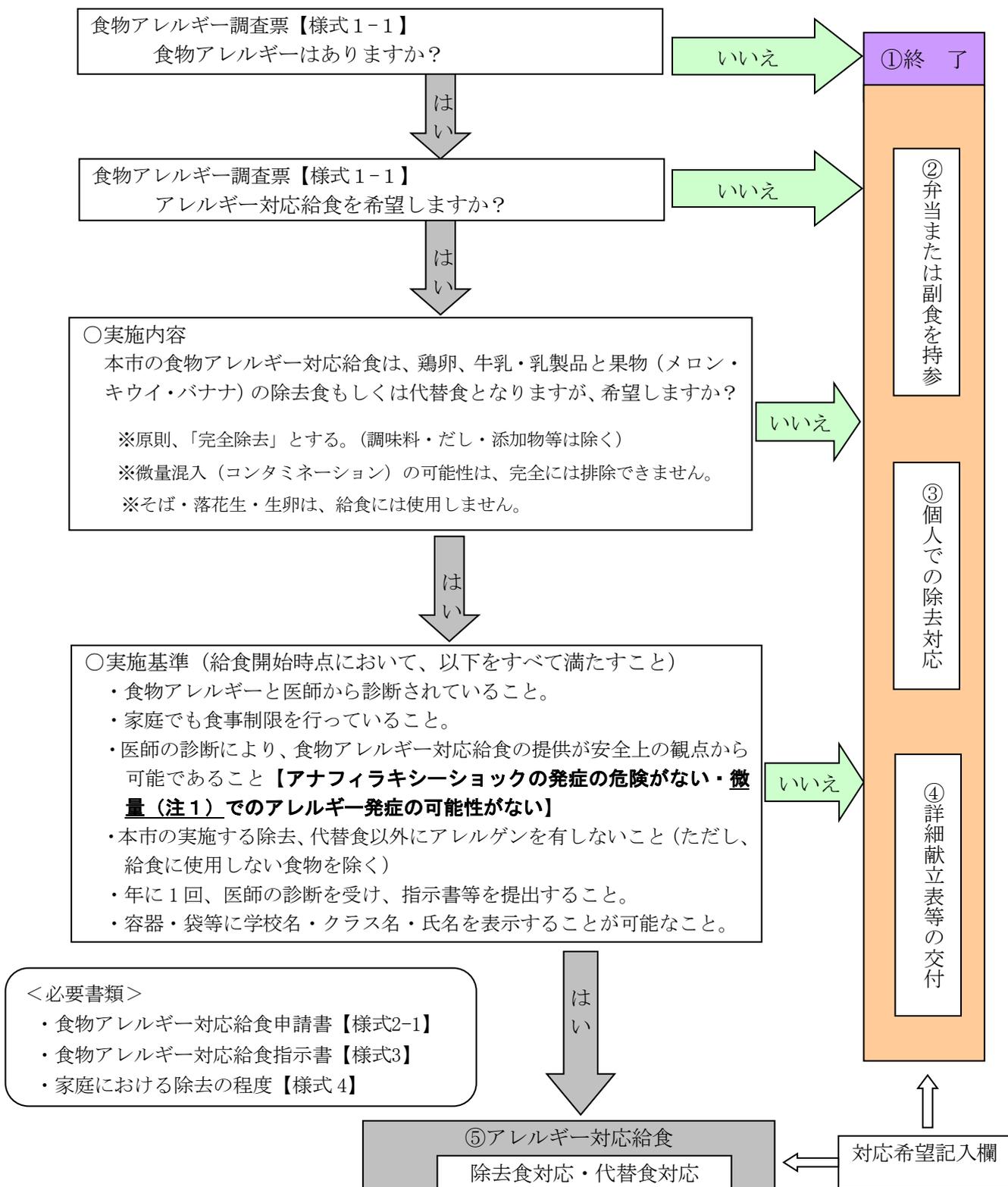
8 学校給食について、あてはまる事項に☑してください。

現在	<input type="checkbox"/> 1 他の児童等と同じ給食を食べていた <input type="checkbox"/> 2 児童等が自分で除去をしていた <input type="checkbox"/> 3 毎日弁当を持参していた <input type="checkbox"/> 4 献立により、弁当を持参していた <input type="checkbox"/> 5 その他 (_____)
今後	<input type="checkbox"/> 1 <u>食物アレルギー対応給食の実施を希望する</u> (ご意見： _____) <input type="checkbox"/> 2 <u>希望しない</u> (ご意見： _____) (理由をよろしかったらお聞かせ下さい)

食物アレルギー対応給食フローチャート

学校等名 _____ こ、幼、小、中 _____ 年 組 名前 _____

次の質問項目により、「はい」か「いいえ」で判断し、対応希望記入欄の①から⑤に○をつけてください。
(複数回答可)



注1：微量とは、よく洗った調理器具や食器に残っている微量残留や、離れた場所からの粉の飛散による混入など。

提出日：平成 年 月 日

食物アレルギー対応給食【新規・継続】申請書（新入学・転入・在学中）

丸亀市教育委員会 教育長 様

保護者氏名

印

食物アレルギーへの学校給食での対応について、下記の必要書類を添えて申請します。

学校等名	丸亀市立		学年・学級	年 組
(ふりがな) 児童等氏名		性別	男・女	生年月日 平成 年 月 日生
(ふりがな) 保護者氏名			FAX 番号	
電話番号	自宅番号		携帯番号	
住 所	〒 丸亀市			

前籍の保育園・幼稚園・こども園・学校での対応（新入学・転入時のみ記入）

園・学校名	給食対応	有 ・ 無 ・ 毎日弁当
これまでの給食対応内容		

- 今後の学校給食での食物アレルギー対応について（希望する項目をチェックしてください）
 - 対象となる食品の除去食の提供（食品名：_____）
 - 対応不要（本人による取り除き）
 - 完全弁当持参（給食すべての停止）
 - 詳細な献立表の交付
 - 加工食品の成分表の提供
 - 飲用牛乳の停止
- 添付書類（必須）
 - 食物アレルギー対応給食指示書【様式3】、またはそれに類する医療機関からの診断書（通常の献立表で本人による取り除きだけであれば提出不要）
 - 家庭における除去の程度（保護者記入用）【様式4】
- 食物アレルギー対応給食の実施にあたり、下記のことを理解して同意します。（すべての項目を確認の上、該当する箇所をチェックしてください）
 - 栄養面・献立面で不足が生じる可能性があること。
 - 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ないこと。
 - 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。
 - この申請及び給食対応の内容は、学校の全職員に情報が共有されること。
 - 申請内容は審査の結果によりすべて実現するとは限らず、改めて詳細な面談を行った後に、決定されること。

提出日：平成 年 月 日

食物アレルギー対応給食 【 変更・中止 】 申請書

丸亀市教育委員会 教育長 様

保護者氏名

印

食物アレルギーへの学校給食での対応について、診断の結果、下記のとおり（ 変更 ・ 中止 ）申請します。

学校等名	丸亀市立		学年・学級	年 組
(ふりがな) 児童等氏名		性別	男・女	生年月日 平成 年 月 日生
(ふりがな) 保護者氏名			FAX 番号	
電話番号	自宅番号		携帯番号	
住 所	〒 丸亀市			

1 変更・中止の内容（希望する項目をチェックしてください）

(1) 変更の場合

- 対象となる食品の除去食の提供（食品名： _____）
- 詳細な献立表の交付
- 加工食品の成分表の提供
- 飲用牛乳の停止

(2) 中止の場合

- 対応不要（症状の改善）
- 対応不要（本人による取り除き）
- 完全弁当持参（給食すべての停止）

※中止の場合、下記の 2・3 は、必要ありません。

2 添付書類（必須）

- 食物アレルギー対応給食指示書【様式 3】、またはそれに類する医療機関からの診断書（通常の献立表で本人による取り除きだけであれば提出不要）
- 家庭における除去の程度（保護者記入用）【様式 4】

3 食物アレルギー対応給食の実施にあたり、下記のことを理解して同意します。

（すべての項目を確認の上、該当する箇所をチェックしてください。）

- 栄養面・献立面で不足が生じる可能性があること。
- 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ないこと。
- 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。
- この申請及び給食対応の内容は、学校的全職員に情報が共有されること。
- 申請内容は審査の結果によりすべて実現するとは限らず、改めて詳細な面談を行った後に、決定されること。

医療機関記入用

丸亀市教育委員会 教育長 様

丸亀市立小・中学校長、幼稚園長、こども園長 様

平成 年 月 日

病院・医院 医師名

食物アレルギー対応給食指示書

【丸亀市の食物アレルギー対応給食について】

① 実施基準（一部抜粋・ご確認の上、口にチェックをお願いします）

- 医師の診断により、食物アレルギー対応給食の提供が安全上の観点から可能であること
【現在アナフィラキシーショックの発症の危険がない・微量（注1）での発症の可能性がない】
- 本市の実施する除去、代替食および給食に使用しない食物以外にアレルゲンを有しないこと
（ただし、アレルゲンが複数ある場合でも、メロン・キウイ・バナナについては、対応する）

※注1：微量とは、よく洗った調理器具や食器に残っている微量残留や、離れた場所からの粉の飛散による混入など。

② 実施内容

・鶏卵、牛乳（牛乳・乳製品）、果物（メロン・キウイ・バナナ）の除去食または代替食
そば・落花生（ピーナッツ）・生卵は、給食には使用しない。

※原則、「完全除去」とする。（調味料・だし・添加物等は除く）

【鶏卵は完全除去、牛乳は飲用牛乳中止または完全除去】

※学校給食では、飲用牛乳を除き、1日当たり最大50グラムの牛乳を使用することがあります。

※微量混入（コンタミネーション）の可能性は、完全には排除できません。

※上記内容をご確認の上、①実施基準の にチェックをし、下記に記載してください。

児童等氏名			男 ・ 女	平成 年 月 生
アレルゲン	診断根拠 (あてはまるものに ○をして下さい)	一番最近の 発症及び 検査年月	学校給食の際の指示事項 (除去の程度)	現時点で摂取した場合に出現する 可能性のある症状
① あきらかな 症状の既往		発症年月	<input type="checkbox"/> 微量の混入でも不可 ()	<input type="checkbox"/> 発赤、じんま疹など即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅延型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック（全身）症状 <input type="checkbox"/> その他 ()
		検査年月	<input type="checkbox"/> 微量の混入は可 ()	
② 食物負荷試験 陽性			<input type="checkbox"/> 本人の判断で取り除く <input type="checkbox"/> その他の注意事項 ()	
③ I g E抗体等 検査結果陽性				
① あきらかな 症状の既往		発症年月	<input type="checkbox"/> 微量の混入でも不可 ()	<input type="checkbox"/> 発赤、じんま疹など即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅延型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック（全身）症状 <input type="checkbox"/> その他 ()
		検査年月	<input type="checkbox"/> 微量の混入は可 ()	
② 食物負荷試験 陽性			<input type="checkbox"/> 本人の判断で取り除く <input type="checkbox"/> その他の注意事項 ()	
③ I g E抗体等 検査結果陽性				

様式3 裏

アレルギー	診断根拠 (あてはまるものに ○をして下さい)	一番最近の 発症及び 検査年月	学校給食の際の指示事項 (除去の程度)	現時点で摂取した場合に出現する 可能性のある症状
	① あきらかな 症状の既往 ② 食物負荷試験 陽性 ③ I g E抗体等 検査結果陽性	発症年月 ----- 検査年月	<input type="checkbox"/> 微量の混入でも不可 () <input type="checkbox"/> 微量の混入は可 () <input type="checkbox"/> 本人の判断で取り除く <input type="checkbox"/> その他の注意事項 ()	<input type="checkbox"/> 発赤、じんま疹など即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅延型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック(全身)症状 <input type="checkbox"/> その他 ()
	① あきらかな 症状の既往 ② 食物負荷試験 陽性 ③ I g E抗体等 検査結果陽性	発症年月 ----- 検査年月	<input type="checkbox"/> 微量の混入でも不可 () <input type="checkbox"/> 微量の混入は可 () <input type="checkbox"/> 本人の判断で取り除く <input type="checkbox"/> その他の注意事項 ()	<input type="checkbox"/> 発赤、じんま疹など即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅延型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック(全身)症状 <input type="checkbox"/> その他 ()
	① あきらかな 症状の既往 ② 食物負荷試験 陽性 ③ I g E抗体等 検査結果陽性	発症年月 ----- 検査年月	<input type="checkbox"/> 微量の混入でも不可 () <input type="checkbox"/> 微量の混入は可 () <input type="checkbox"/> 本人の判断で取り除く <input type="checkbox"/> その他の注意事項 ()	<input type="checkbox"/> 発赤、じんま疹など即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅延型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック(全身)症状 <input type="checkbox"/> その他 ()
摂取した場合の対処法 緊急の対応	① 内服薬 () ② 外用薬 () ③ エピペン () ④ その他 ()			
その他(注意事項等)				

家庭における除去の程度（保護者記入用）

ご家庭で除去されているものを確認して、給食対応の参考にする資料です。
 現在、ご家庭で食べているものに○、食べていないものに×を、（ ）に記入してください。
 同じ欄に○×が混在している場合は、食品ごとに記入していただいても結構です。

鶏卵

食品区分	食品リスト	○ ×
1	生卵、生の卵白が含まれる食品(一部のシャーベット、一部のホイップクリーム など)	()
2	加熱した卵料理 (ゆで卵、卵焼き、オムレツ、目玉焼き など)	()
	生の卵黄が含まれる食品 (アイスクリーム、マヨネーズ など)	()
	加熱の不十分な卵が含まれる食品 (プリン、茶碗蒸し、カスタードクリーム など)	()
3	加熱した卵が含まれる食品 (ケーキ、カステラ、クッキー、菓子パン、ドーナツ、天ぷら・フライなどの衣 など)	()
	つなぎに卵が含まれる食品 (かまぼこ、ちくわ、ハム、ソーセージ、中華麺 など)	()
4	全卵を極めて微量に含む食品 (一部のパン、天ぷら粉、麺類のつなぎ)	()

牛乳・乳製品

食品区分	食品リスト	○ ×
1	生の牛乳、牛乳を主原料とした食品(牛乳、調製粉乳、練乳 など)	()
	生の牛乳を用いた食品 (生クリーム、アイスクリーム など)	()
2	牛乳が相当量含まれる食品 (プリン、ババロア、クリームシチュー、ホワイトソース、ポタージュ など)	()
	チーズ、ヨーグルト、バターやこれらを主要な原料として用いた食品	()
3	牛乳を多く用いたお菓子類 (ケーキ、菓子パン、チョコレート、ドーナツ、カステラ など)	()
	つなぎにカゼインを使用した食品 (ハム、ソーセージ など)	()
4	乳を含むマーガリン、ショートニング	()
	牛乳やバターが少量含まれる食品 (食パン、ビスケット、クッキー など)	()
	乳糖	()

その他：食べられない食材に☑して、具体的な品名を列記してください

野菜 果物 そば 米 大麦 (麦ごはん) ナッツ類 ごま その他

※今回の食物アレルギー対応給食は、鶏卵・牛乳の除去・代替、及び鶏卵・牛乳の入ったデザート、果物 (キウイ・メロン・バナナ) の代替に限ります。

※そば・落花生 (ピーナッツ)・生卵は、給食には使用しません。

記入日：平成 年 月 日

学校名 〃・幼・小・中 クラス名 児童等氏名

面談記録票

平成 年 月 日

学校等名		面談者	
児童等氏名	年 組	保護者氏名	
住 所		電話番号	

1 食物アレルギーを起こす原因食品、程度及び症状等について

食 品 名	アレルギーを 起こす量	症 状	家庭での対応	血液検査等 結果
鶏卵	<input type="checkbox"/> 微量の混入も不可 <input type="checkbox"/> 微量の混入は可 <input type="checkbox"/> 少量・ある程度の量 (卵黄:) (卵白:) は食べられる	<input type="checkbox"/> 発赤、じんま疹など即時型 皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅延型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他() ・症状確認時期: 平成 年 月頃	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 本人除去 <input type="checkbox"/> 特に配慮を していない <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施
牛乳(牛 乳・乳製品)	<input type="checkbox"/> 微量の混入も不可 <input type="checkbox"/> 微量の混入は可 <input type="checkbox"/> 少量・ある程度は食べら れる (具体的な量:)	<input type="checkbox"/> 発赤、じんま疹など即時型 皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅延型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他() ・症状確認時期: 平成 年 月頃	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 本人除去 <input type="checkbox"/> 特に配慮を していない <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施
	<input type="checkbox"/> 微量の混入も不可 <input type="checkbox"/> 微量の混入は可 <input type="checkbox"/> 少量・ある程度は食べら れる (具体的な量:)	<input type="checkbox"/> 発赤、じんま疹など即時型 皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅延型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他() ・症状確認時期: 平成 年 月頃	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 本人除去 <input type="checkbox"/> 特に配慮を していない <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施
	<input type="checkbox"/> 微量の混入も不可 <input type="checkbox"/> 微量の混入は可 <input type="checkbox"/> 少量・ある程度は食べら れる (具体的な量:)	<input type="checkbox"/> 発赤、じんま疹など即時型 皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅延型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック症状 <input type="checkbox"/> その他() ・症状確認時期: 平成 年 月頃	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 本人除去 <input type="checkbox"/> 特に配慮を していない <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施

様式5 裏

2 現在、除去中の食物について

食品名	<input type="checkbox"/> ある (食品名: _____) <input type="checkbox"/> ない
除去食の判断	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> その他(_____)

3 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について

<input type="checkbox"/> ある (食品名: _____) <input type="checkbox"/> ない
--

4 運動でアレルギー症状を発症したことについて

<input type="checkbox"/> ある (食事との関連: _____) <input type="checkbox"/> ない

5 アナフィラキシーショックの経験について

<ul style="list-style-type: none"> ・回数 _____ 回 ・最後の発症年月: _____ 年 _____ 月 ・原因(・食物 ・ 昆虫刺傷 ・ 医薬品 ・ ラテックス(天然ゴム) ・ 運動 ・ その他(_____)) ・症状(・呼吸困難 ・ 血圧低下 ・ 意識喪失 ・ 呼吸停止 ・ その他(_____))
--

6 医師の診断状況

医師の診断の有無および時期等	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の診断: 有 ・ 無 ・アレルギー検査の有無: 有 (陽性 ・ 陰性) ・ 無 ・時期(最後に受診した): 平成 _____ 年 _____ 月 ・医療機関への受診頻度: _____
診断内容等	
病院名	病院名: _____ 医師名: _____
現在使用している薬と内容	<input type="checkbox"/> 内服薬(_____) <input type="checkbox"/> 吸入薬(_____) <input type="checkbox"/> 外用薬(_____) <input type="checkbox"/> エピペン(_____) <input type="checkbox"/> その他(_____) 内容: (_____)

7 家庭での対応状況

--

8 学校給食での対応希望

<input type="checkbox"/> 詳細献立表の提供 <input type="checkbox"/> 成分表の提供 <input type="checkbox"/> 牛乳の停止 <input type="checkbox"/> 除去食 <input type="checkbox"/> 代替食
内容

※ 学校給食での対応可能な範囲を説明

学校給食で対応する場合の費用負担	
内容	説明日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

9 学校における配慮

配慮事項	<input type="checkbox"/> 給食当番、 <input type="checkbox"/> 掃除当番・飼育当番、 <input type="checkbox"/> 体育・運動会の参加、 <input type="checkbox"/> 校外学習 <input type="checkbox"/> 宿泊学習、 <input type="checkbox"/> 学校への持参薬、 <input type="checkbox"/> 薬等の保管場所、 <input type="checkbox"/> 学校給食の配慮、 <input type="checkbox"/> 調理実習 <input type="checkbox"/> 本人への指導、 <input type="checkbox"/> 他の児童等への指導、 <input type="checkbox"/> クラブ活動・部活動、 <input type="checkbox"/> その他(_____)
具体的な配慮及び対応	

食物アレルギー個人調査票【学校にて保管】

裏面もあります

年度												
学校名												
学年	年小	年中	年長	小1	2	3	4	5	6	中1	中2	中3
学級												

児童等氏名				性別	男・女	生年月日	平成	年	月	日					
保護者氏名				自宅電話				FAX							
				自宅以外の緊急連絡先	①(携帯・勤務先・その他) (続柄) ※連絡先の名称等:										
保護者住所	〒 丸亀市														
主治医	病院名()			主治医名()			電話()								
	病院名()			主治医名()			電話()								
	病院名()			主治医名()			電話()								
診断書・食事指示書等の年月	①	年	月	②	年	月	③	年	月	④	年	月	⑤	年	月
検査等の年月	①	年	月	②	年	月	③	年	月	④	年	月	⑤	年	月
除去食品	①食品除去は(医師・保護者)の判断で行っている ②食品によるアナフィラキシーをおこしたことがある(年 月・ない)														
症状	(年 月)														
病院や家庭での処置や対応(経年経過で)	(年 月)														
服薬	(年 月)														
調理実習、宿泊学習での配慮希望	(年 月)														

緊急時の対応	A 弱い反応	()病院の()医師(Tel ())へ連絡 ※もし10分以内に反応が治まる傾向にない場合には「B強い反応の場合」へ移行する。
	B 強い反応 (呼吸困難・腫れ)	1 すぐに救急車を呼び、医療機関に移送 2 ()病院の()医師(Tel ())へ連絡 3 その他 ()

【学校給食における対応決定事項】

	決定(年 月 日)	変更(年 月 日)	変更(年 月 日)
給食停止 等	弁当持参 ・ 牛乳停止	弁当持参 ・ 牛乳停止	弁当持参 ・ 牛乳停止
除去食対応			
代替食対応			
その他			

【学校での様子】 学校でアレルギー発症した場合などを記録

	年 月 日	年 月 日	年 月 日
症 状			
処置経過			
その他			

【その他・特記事項】 ※要記入年月日

注) 本個人調査票については、職員室等で全職員が見て、情報を把握・共有できるように管理します。
また、学校でのアレルギー対応目的以外には使用することはできません。

第 号
平成 年 月 日

丸亀市教育委員会 教育長 様

丸亀市立

こども園長

幼稚園長

学校長

印

食物アレルギー対応給食が必要な児童等について（申請）

本（園・校）の園児・児童・生徒の保護者より、食物アレルギー対応給食の依頼があり、対応委員会を開催しました。

つきましては、下記のとおり申請します。

記

ふりがな 児童等氏名 (生年月日)	(平成 年 月 日)	性別	
		保護者名	
現住所 (電話番号)	(電話:)		
在籍校名 学級担任名	丸亀市立 年 組	こども園・幼稚園・小学校・中学校 担任名	
食物アレルギー 症状の詳細			
保護者との面談 及び対応委員の 検討内容			
学校給食での対 応内容			
添付書類	<ul style="list-style-type: none"> ・食物アレルギー対応給食新規・継続申請書又は変更・中止申請書 ・食物アレルギー対応給食指示書または医療機関の診断書 ・家庭における除去の程度、面談記録票 ・食物アレルギー個人調査票 		

教給第 号
平成 年 月 日

様

丸亀市教育委員会
教育長

学校給食での食物アレルギー対応について（通知）

平成 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への対応について、下記のとおりとしますのでお知らせします。

記

学校名	丸亀市立 こども園 幼稚園 小学校 年 中学校 年	組 組 組 組
児童等氏名		
対応期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
対応内容		

- ※ 除去・代替食は基本的には、氏名・学級を表示した個人用保温容器・袋で配送します。
- ※ 年に1回、医師が診断した指示書等を提出するとともに、年度末には保護者と学校は面談することとなります。
- ※ 対応期間中に症状の変更があった場合は、「食物アレルギー対応給食【変更・中止】申請書【様式2-2】」及びそこに指定された添付書類を学校等に提出してください。
- ※ 「コンタミネーション（微量混入）」の可能性は完全には排除できません。

教給第 号
平成 年 月 日

丸亀市立 こども園長 様
幼稚園長 様
学校長 様

丸亀市教育委員会
教育長

学校給食での食物アレルギー対応について（通知）

平成 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への対応について、下記のとおりとしますのでお知らせします。

記

学校名	丸亀市立 こども園 組 幼稚園 組 小学校 年 組 中学校 年 組
児童等氏名	
対応期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
対応内容	

食物アレルギー対応給食同意書

平成 年 月 日

丸亀市教育委員会 教育長 様

保護者名 _____ 印

食物アレルギーによる学校給食への対応について、下記のとおり同意します。

記

実施対象児童等	園 名 学校名	こども園 組 幼稚園 組 学校 年 組
	氏 名	
対 応 期 間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで	
アレルギー (原因食品)		
対 応 内 容	<input type="checkbox"/> 牛乳停止 <input type="checkbox"/> パン停止 <input type="checkbox"/> 除去食 <input type="checkbox"/> 代替食 <input type="checkbox"/> 弁当持参 <input type="checkbox"/> その他 ()	
資料等の配布	専用献立表配布の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
そ の 他		

緊急時対応経過記録表

丸亀市立 _____ こども園・幼稚園・小学校・中学校 _____ 年 _____ 組

児童等氏名 _____ 生年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

1 誤食した時間	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分
2 食べたもの	
3 食べた量	
4 初期対応	・口の中のものを取り除く ・うがいをする ・手を洗う

5 症状レベルに応じた対応 ※観察開始時間 (_____ : _____) 以降 5分ごとに症状チェック!

全身症状	<input type="checkbox"/> (:) ぐったり <input type="checkbox"/> (:) 意識もうろう <input type="checkbox"/> (:) 尿や便をもらす <input type="checkbox"/> (:) 脈が触れにくい/不規則 <input type="checkbox"/> (:) 唇や爪が青白い		(:) には時間を記入
呼吸器症状	<input type="checkbox"/> (:) のどや胸が締め付けられる <input type="checkbox"/> (:) 声がかすれ <input type="checkbox"/> (:) 犬がほえるような咳 <input type="checkbox"/> (:) 息がしにくい <input type="checkbox"/> (:) 持続する強いせき込み <input type="checkbox"/> (:) ゼーゼーする呼吸	<input type="checkbox"/> (:) 数回の軽い咳	
消化器症状	<input type="checkbox"/> (:) 持続する強いお腹の痛み <small>(がまんできない)</small> <input type="checkbox"/> (:) 繰り返し吐き続ける	<input type="checkbox"/> (:) 中等度の お腹の痛み <input type="checkbox"/> (:) 1~2 回の嘔吐 <input type="checkbox"/> (:) 1~2 回の下痢	<input type="checkbox"/> (:) 軽いお腹の痛み <small>(がまんできる)</small> <input type="checkbox"/> (:) 吐き気
粘膜症状	上記の症状が ひとつでも あてはまる場合	<input type="checkbox"/> (:) 顔全体のはれ <input type="checkbox"/> (:) まぶたのはれ	<input type="checkbox"/> (:) 目の痒み、充血 <input type="checkbox"/> (:) 口の中の違和感 ・唇のはれ <input type="checkbox"/> (:) くしゃみ、鼻水、 鼻づまり
皮膚症状		<input type="checkbox"/> (:) 強いかゆみ <input type="checkbox"/> (:) 全身に広がる じんま疹 <input type="checkbox"/> (:) 全身が真っ赤	<input type="checkbox"/> (:) 軽度のかゆみ <input type="checkbox"/> (:) 数個のじんま疹 <input type="checkbox"/> (:) 部分的な赤み

ひとつでも
あてはまる場合

ひとつでも
あてはまる場合

- ただちにエピペン®使用 (:) (実施者 _____)
- 救急車要請
- ショック体位・その場で安静
- 可能なら抗ヒスタミン薬・ステロイド内服 (:)

反応呼吸なし

心肺蘇生・AED

- エピペン®準備
- 抗ヒスタミン薬・ステロイド内服 (:)
- 咳がある場合、気管支拡張薬内服・吸入 (:)
- 速やかに受診(救急車要請可)

- 抗ヒスタミン薬内服 (:)
- ステロイド内服可
- 保健室で1時間観察
- 1時間以内に症状の改善がなければ受診

記録係 (_____)

食物アレルギー対応給食受渡し確認表

平成 年 月

学校・幼稚園・こども園名 _____

日	曜	年・組	氏名	配送→学校		給食室→職員室		職員室→本人	
				時刻	確認者	時刻	確認者	時刻	確認者
				:		:		:	

※灰色部分が学校記入です。

食物アレルギー対応チェックリスト表（学校記入用）

① 保護者への周知

点 検	再	内 容
		食物アレルギー関係資料は提出されているか <ul style="list-style-type: none"> ・ 食物アレルギー調査票【様式1-1】 ・ 食物アレルギー対応フローチャート【様式1-2】 ・ 食物アレルギー対応給食【新規・継続】申請書（新入学・転入・在学中）【様式2-1】 または食物アレルギー対応給食【変更・中止】申請書【様式2-2】 ・ 食物アレルギー対応給食指示書【様式3】 ・ 家庭における除去の程度（保護者記入用）【様式4】
		原因食物は何か確認されているか
		原因食物により出現する症状について（湿疹、咳き込み、呼吸困難、ショック等） 確認はされているか
		原因食物はどのような行為（接種、接触）により、発症するのか確認されているか
		その行為から、発症するまでの時間は確認されているか
		緊急時（発症時）の対応方法は確認されているか
		献立メニューに対する毎月のチェック方法、毎日のチェック方法は確認されているか
		原因食物について除去が可能かどうか確認されているか
		原因食物の除去が不可の場合、代替食が可能かどうか確認されているか
		給食時間の注意点が確認されているか
		除去食を実施した場合、給食費について確認されているか
		症状等に変更がある場合には、年度途中であっても連絡するように伝えているか
		年に1回、医療機関を受診し、医師の指示書等は提出されているか

② 教職員間

点 検	再	内 容
		教職員間で個人情報の保護に十分留意するとともに、対応給食提供児童等の食物アレルギー個人調査票等の情報が所定の場所に保管され、いつでも職員が見て対応できるように整備されているか
		保護者と連携する担当者が決められているか (担当者名：)
		毎日（毎月）実施する給食献立チェックの担当者が決められているか (担当者名：)
		アレルギー症状の出現に備え、適切な対応方法をまとめた食物アレルギー個人調査票【様式6】を作成しているか

		緊急時（発症時）の対応が全教職員で確認できているか
		学級担任が不在の場合、サポートに入る教員は、対象児童等のアレルギーの内容等を把握し、学級担任と同等の対応ができているか
		食物アレルギー個人調査票の小学校、中学校への引継ぎは3月中に行えているか (担当者名：)

③ 配膳室（職員室）

点 検	再	内 容
		対応給食提供児童等の情報は知らされているか
		配送・受渡し方法について確認されているか
		食物アレルギー対応給食受渡し確認表【様式12】のチェックはされているか
		その日の調理方法、受渡し方法について、担任もしくは専任管理栄養士、栄養教諭等と連携されているか

④ 学級（給食時間）

点 検	再	内 容
		学級の他の児童等に対して食物アレルギー対応給食が理解されているか
		配膳室（職員室）からの食物アレルギー対応給食の受渡し方法について、担任・対応給食提供児童等に知らされているか
		配膳時に、対応給食提供児童の食物アレルギー対応給食の有無が確認できているか。
		給食配膳時には、通常の給食と混ざることがないように注意しているか
		食後の原因食物について処理方法は確認されているか
		対応給食提供児童の喫食や食べ残しの状況などを記録し、実態把握や確認はされているか

⑤ 行事、授業

点 検	再	内 容
		遠足、修学旅行、キャンプ等の食事において、原因食物の取り扱いについて確認がされているか
		調理実習でのアレルギー食品の取り扱いについて確認がされているか
		学級指導で、食物アレルギーに対する理解がなされているか
		給食後の運動や体育の授業などに十分気を付けているか

本マニュアル中で略記された語句の定義について

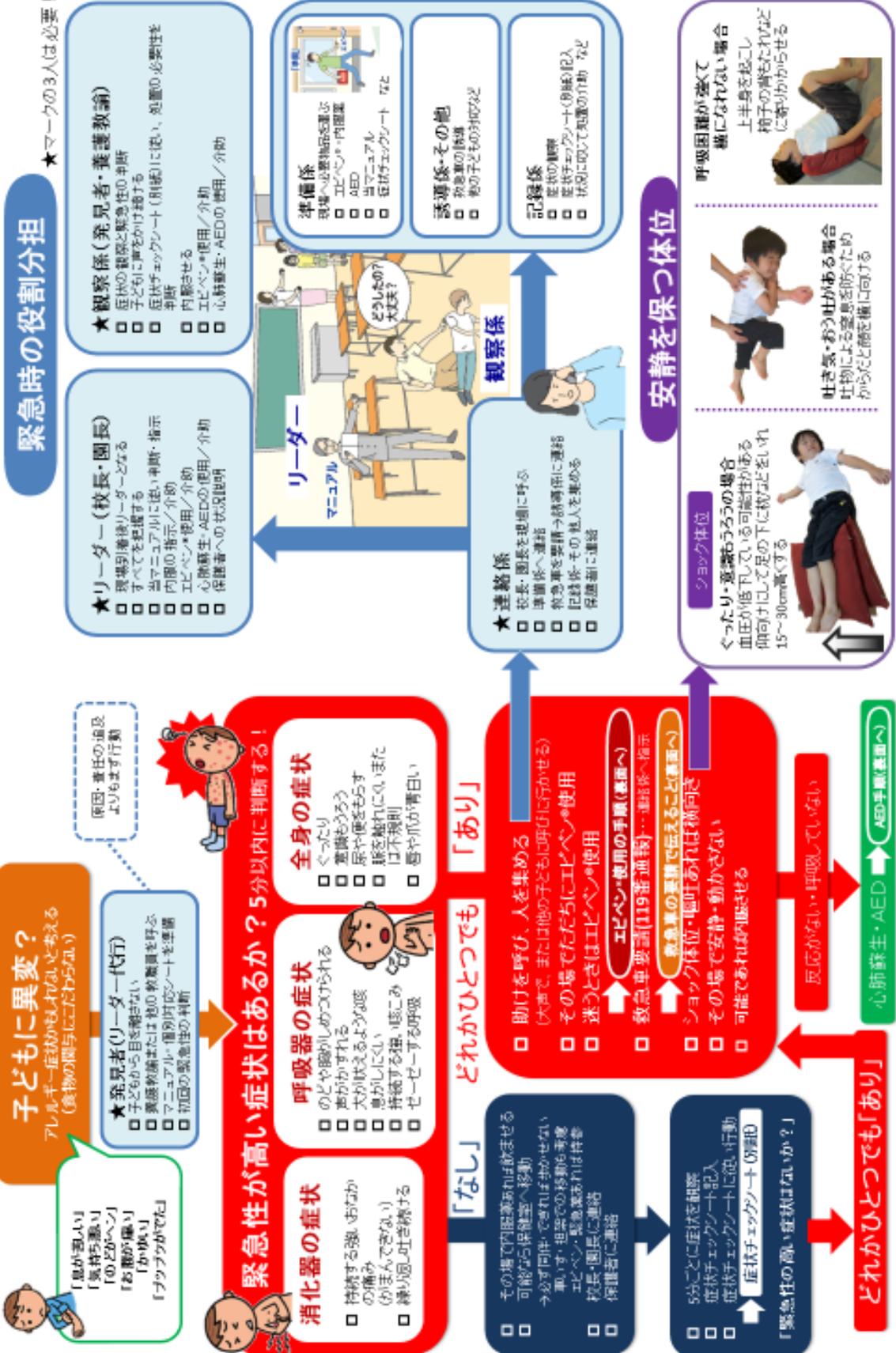
語 句	内 容
アレルゲン (P. 1)	食物アレルギーを引き起こす原因となる物質
児童等 (P. 3)	園児・児童・生徒
本市 (P. 8)	丸亀市
対象児童等 (P. 8)	食物アレルギーをもつ児童等
学校等 (P. 8)	市内のこども園・幼稚園・小学校・中学校
専任管理栄養士 (P. 8)	食物アレルギー対応給食に関する専門知識を有し、専任で業務を担当することのできる管理栄養士
校長等 (P. 9)	園長・校長・教頭
本マニュアル (P. 10)	丸亀市食物アレルギー対応マニュアル
食物アレルギー対応内容 (P. 13)	対象児童等に対する、食物アレルギー対応給食を実施するかどうかを含めて、どのような対応を行うかについての対応内容
継続児童等 (P. 13)	継続して食物アレルギー対応給食を希望する対象児童等
対応委員会 (P. 15)	食物アレルギー対応委員会は、校長等、養護教諭、給食主任、保健主事、学級担任、専任管理栄養士、栄養教諭、学校給食センター職員・調理員で構成する
詳細献立表 (P. 20)	学校給食の原材料を詳細に記入した献立表
対応給食提供児童等 (P. 21)	食物アレルギー対応給食を提供する対象児童等

本マニュアル中の語句*の説明について

語 句	内 容
交差反応 (P. 1)	食物アレルギーのある人が原因となる食品（アレルゲン）以外の食品を食べた時、その食品がアレルゲンと構造の近いタンパク質を持っていた場合、抗体が両者を識別できず、アレルギー症状を呈してしまうこと。
交差抗原性 (P. 27、28)	上記に同じ

アレルギー緊急時対応マニュアル

香川県立小児医療会 食物アレルギー対策委員会編



エピペンの使用の手順：迷うときは使う！

- 子どもに声をかけながら、できるだけ複数の教職員で対応する

① エピペンを打ちやすい体勢をとる

- 利向になかせる(必殺時とはショック体位に)
- エピペン®使用者は、子どもの脇に座る
- 介助者は、エピペン®使用者の反対側に座り、右のように、子どもの足の付け根と膝を抑える
- もえとりが介助者が、わが上半身を抑える



介助者→

② エピペンをケースから取り出して、利き手で「グー」握りする

- オレンジ色を下にして握る
- 握ったら持ちかえらない



③ エピペンを打つ位置(★)を確認

- 自分の位置と反対側の太もも前面外側
- かつ 介助者の両手の中間
- 股の上から打ってよい
- ポケットの中を要にする



介助者→

④ エピペンを打つ

- 青い安全キャップを上へ引き抜く
- オレンジ色の先端を★に軽くあてる
- そのまま垂直にグッと押しつける
- 「しん」と音がしたら、押しつけたまま保持
- エピペンをそのままゆっくり離す
- オレンジ色のニードルカバーが伸びて、けはok
- ※オレンジ部分が伸びていない場合は@をほしめから行う



- 子どもに声をかけてから打つ「エピペンをやるよ！しゅとしてね！」



X O

介助者→

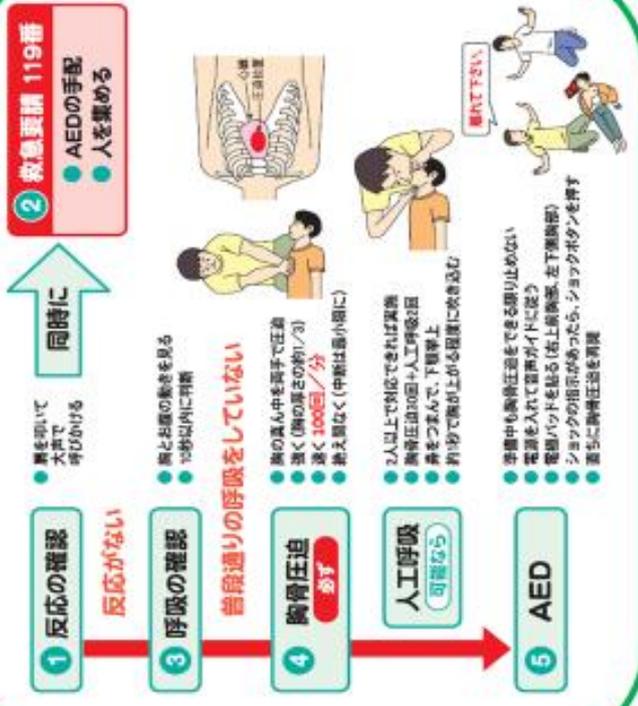


エピペン®使用者→

⑤ その後

- 効果は数分で出現し、約15分持続
- 注射部位を軽くもむ
- 救急車が来るまで症状の観察を続ける
- 使用済みエピペン®はケースに入れ、病院へ持参する
- (2本目のエピペン®がある場合) 10分後にも「緊急性の強い」症状があれば2本目のエピペン®を使用

心肺蘇生とAEDの手順



2 救急要請 119番

- AEDの手配
- 人を集める

同時に

- 鼻を叩いて大声で呼びかける
- 鼻とお腹の動きを見る
- 10秒以内に判断

1 反応の確認

反応がない

3 呼吸の確認

普段通りの呼吸をしていない

- 胸の真ん中を両手で圧迫
- 強く(胸の真ん中の約1/3)
- 速く(100回/分)
- 絶え間なく(中断は最小限に)

4 胸骨圧迫

必ず

人工呼吸

可能なら

- 2人以上で対応できれば異動
- 胸骨圧迫10回→人工呼吸2回
- 鼻をつまんで、下唇を上
- 約秒で鼻が上がらぬ程度に吹き込む

5 AED

- 背中も胸骨圧迫をできる限り止めない
- 電極を入れて電極ガイドに従う
- 電極パッドを貼る(右上胸側部、左下胸側部)
- ショックの指示があったら、ショックボタンを押す
- 直ちに胸骨圧迫を再開

救急車の要請(119番通報)で伝えること

「アナフィラキシーでの救急要請です！」

- 施設名、電話番号、住所 事前記入しておく
- 子ども名、性別、年齢
- 現在の状況、原因わかれば伝える
- エピペンの有無、使用したかしていないか
- 私(通報者)の名前、携帯電話番号※

※ その後も緊急事態にすぐ連絡の取れるようしておく



個別対応シートを見ながら連絡

このマニュアルは、東海福祉および名古屋市発行の食物アレルギー緊急時対応マニュアルを参考に作成しました。

【 参考文献・出典 】

- ・「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
- ・「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」 財団法人 日本学校保健会
- ・「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」 財団法人 日本学校保健会
- ・「食物アレルギーの診断の手引き2008」 厚生労働科学研究班
- ・「食物アレルギーの栄養指導の手引き2008」 厚生労働科学研究班
- ・「米原市学校給食における食物アレルギー対応マニュアル」 米原市教育委員会
- ・「食物アレルギー（鶏卵）対応の手引き」 刈谷市学校給食課
- ・「高松市朝日新町学校給食センターにおけるアレルギー対応について」 高松市教育委員会
- ・「学校給食における食物アレルギー対応の手引き」 愛知県教育委員会
- ・「学校給食における食物アレルギー対応マニュアル」 宇都宮市教育委員会
- ・「保育園・幼稚園・学校における食物アレルギー日常生活・緊急時対応ガイドブック」 東京都福祉保健局
- ・「川西市学校給食食物アレルギー対応マニュアル」 川西市教育委員会
- ・「学校給食における食物アレルギー対応の手引」 三重県教育委員会
- ・「学校給食における食物アレルギー対応の手引き」 札幌市教育委員会
- ・「食物アレルギー対応の手引」 仙台市教育委員会
- ・「学校給食を中心とした食物アレルギー対応の手引き」 栃木県教育委員会
- ・「学校給食における食物アレルギー対応マニュアル」 横須賀市教育委員会
- ・「学校給食における食物アレルギー対応の手引」 長野県教育委員会

丸亀市食物アレルギー対応マニュアル 作成協力者

◎ 委員長 ○ 副委員長

■ 丸亀市学校給食食物アレルギー検討委員会委員

【任期：平成21年7月28日～平成23年7月27日】

	氏名	区分	備考	任期
◎	平場 一美	学識経験者	(財) 日本アレルギー学会指導医	全期
	木下あゆみ	学識経験者	アレルギー専門医	全期
	森本 雄次	市立小・中学校医代表	市医師会理事	全期
	紫和 浩二	市立小学校代表	城南小学校長	H21. 7. 28～23. 5. 9
	福家理映子	市立小学校代表	栗熊小学校長	H23. 5. 10～23. 7. 27
○	大西 孝司	市立中学校代表	飯山中学校長	H21. 7. 28～23. 3. 31
	山下 泰	市立中学校代表	南中学校長	H23. 5. 10～23. 7. 27
○	長尾 彩子	市立幼稚園代表	飯山北幼稚園長	H21. 7. 28～22. 3. 31
	神崎 幸子	市立幼稚園代表	あやうた幼稚園長	H22. 10. 12～23. 3. 31
	小橋 則子	市立幼稚園代表	あやうた幼稚園長	H23. 5. 10～23. 7. 27
	山本 輝子	市小中学校養護教諭代表	城北小学校養護教諭	H22. 10. 12～23. 7. 27
	横山 素子	市小中学校給食主任代表	城南小学校給食主任	H22. 10. 12～23. 7. 27
	山本 恵	保護者代表		全期
	高田 真紀	保護者代表		H21. 7. 28～22. 3. 28
	井下 由美	保護者代表		H22. 10. 12～23. 7. 27
	村井 栄子	栄養教諭	綾歌中学校栄養教諭	全期
	加戸 みき	栄養教諭	飯山中学校栄養教諭	H21. 7. 28～23. 3. 31
	石原 沙織	栄養教諭	飯山中学校栄養教諭	H23. 5. 10～23. 7. 27
	香川 恵理	栄養教諭	城南小学校栄養教諭	全期
	三宅 亨	教育委員会	教育部学校教育課長	H21. 7. 28～23. 3. 31
	太田 正則	教育委員会	教育部学校教育課長	H23. 5. 10～23. 7. 27
	高橋 俊郎	教育委員会	教育部学校給食センター所長	H21. 7. 28～22. 10. 11
	小野 剛	調理員	中央学校給食センター	H21. 7. 28～22. 10. 11
	白賀 知美	調理員	第二学校給食センター	H22. 10. 12～23. 7. 27
	氏家 幸代	調理員	第二学校給食センター	H22. 10. 12～23. 7. 27
	高島久美子	調理員	第二学校給食センター	全期
	竹内加代子	調理員	綾歌学校給食センター	H21. 7. 28～22. 10. 11

■ 丸亀市食物アレルギー対応給食推進委員会委員

【任期：平成23年8月16日～平成24年3月26日】

	氏名	区分	備考	任期
◎	平場 一美	学識経験者	(財) 日本アレルギー学会指導医	全期
	次田 一代	学識経験者	香川短期大学 生活文化学科教授	全期
○	森本 雄次	学校医代表	市医師会理事	全期
	福家理映子	学校長代表	栗熊小学校長	全期
	山下 泰	学校長代表	南中学校長	全期
	山本 輝子	養護教諭代表	城北小学校養護教諭	全期
	村井 栄子	栄養教諭代表	綾歌中学校栄養教諭	全期
	宮武 正治	教育委員会	教育部長	全期

■ 丸亀市食物アレルギー対応給食推進委員会委員

【任期：平成28年7月12日～平成28年9月16日】

	氏名	区分	備考	任期
◎	平場 一美	学識経験者	(一財)日本アレルギー学会指導医	全期
	次田 一代	学識経験者	香川短期大学 生活文化学科教授	全期
○	森本 雄次	学校医代表	市医師会理事	全期
	北村 博司	学校長代表	城南小学校長	全期
	木谷 直充	学校長代表	綾歌中学校長	全期
	森 美貴子	養護教諭代表	垂水小学校養護教諭	全期
	藪内 咲希	栄養教諭代表	綾歌中学校栄養教諭	全期
	白賀 知美	調理員代表	中央学校給食センター調理員	全期
	竹本 忠司	教育委員会	教育部長	全期
	村井 栄子	その他教育委員会が必要と認める者	元栄養教諭	全期

制定年月：平成24年7月

改定年月：平成28年9月