

## 掲 載 資 料

資料 1 : 「学校給食の食物アレルギー対応について」

「食物アレルギー対応給食の実施にかかわる調査票」【様式 1】

資料 2 : 「学校給食の食物アレルギー対応を希望される保護者のみなさまへ」

資料 3 : 「学校生活管理指導表(食物アレルギー用)」

資料 4 : 「学校生活管理指導表(食物アレルギー用)」等に関するお願い

資料 5 : 「食物アレルギー対応給食申請書」【様式 2-1】【様式 2-2】【様式 2-3】

資料 6 : 「食物アレルギーの経過報告書」【様式 3】

資料 7 : 「面談記録票」(個人調査票作成用)【様式 4】

資料 8 : 「食物アレルギー個人調査票」【様式 5】

資料 9 : 「食物アレルギー対応チェックリスト」

平成 年 月 日

保護者 様

名古屋市立〇〇〇学校長  
〇〇 〇〇

## 学校給食における食物アレルギー対応について

名古屋市立小学校、特別支援学校及び鳴海中学校では、食物アレルギーのある児童生徒を対象に、下記の通りに食物アレルギー対応給食を実施しております。

食物アレルギー対応給食を安全に実施するためには、児童生徒のアレルギー疾患の状況等を把握したうえで、個々の実態に応じた適切な対応を行う必要があります。つきましては、別紙の調査票【様式1】に必要事項をご記入の上、 月 日( )までに必ずご提出くださいますようお願いいたします。

### 記

#### 1 食物アレルギー対応給食の基本的な対応について

- (1) 食物アレルギー対応給食は、児童生徒が医師の診断を受け、保護者が申し出た場合に行います。対応を希望される方には、後日関係書類（食物アレルギー対応給食申請書、食物アレルギーの経過報告書、学校生活管理指導表（食物アレルギー用））の提出をお願いしています。
- (2) アレルギー症状が重い場合や、原因食品を取り除くと献立が成り立たない場合は、集団給食の限界を超えますので、弁当持参などの協力をお願いします。
- (3) ソバ、落花生（ピーナッツ）、キウイフルーツは給食の献立には使用しませんが、教材や校外学習などでの配慮が必要な場合は申請書の提出をお願いします。

#### 2 食物アレルギー対応給食の内容

##### (1) 除去食

食物アレルギーの原因食品を取り除いて調理を行います。ただし、除去する食品は「卵・マヨネーズ、乳製品、ごま」とし、調理の最終工程で取り除くことができる場合に限りです。例えば、「にら卵スープ」の調理では、調理最終工程で「卵」を加える前にスープを取り分けて、提供します。

##### (2) 副食の除去

原因食品を含む副食そのものを取り除きます（配膳しません）。この場合、他の副食を多く配膳するなどの配慮を行いますが、家庭から一部弁当持参をお願いする場合があります。

##### (3) 単品の除去

調理を行わず、単品ごとに配付する原因食品を取り除きます（配膳しません）。

##### (4) 副食の一部取り除き

配膳された副食の中から、原因食品（むきえび、いか、うずら卵等）を自分で取り除きます。食物アレルギーによる症状が比較的軽い児童を対象とします。

## 食物アレルギー対応給食の実施にかかわる調査票

学年	組
児童氏名	
保護者氏名	

- 1 食物アレルギーがありますか（給食に出ない食品を含む）

ある   ・   とくにない   （どちらかに、○をつけてください）

「ある」と答えた方は、2～5の質問にお答えください。「とくにない」方は、ここで終わりです。

- 2 食物アレルギーの原因となる食品名と症状等をお書きください。

食品名	症状など
(例) 鶏卵・マヨネーズ	じんましん

- 3 食物アレルギー対応給食を希望しますか。（ソバ・落花生〔ピーナッツ〕・キウイフルーツなど献立に使われない食品でも、配慮が必要な場合は「希望する」として下さい。）

希望する   ・   希望しない（どちらかに、○をつけてください）

- 4 食物アレルギーで、医療機関に受診していますか。

受診している   ・   受診していない（どちらかに、○をつけてください）

- 5 お子様の食物アレルギーに関する事で、学校に知っておいてほしいことがありましたらお書きください。

--

## 学校給食のアレルギー対応を希望される保護者のみなさまへ

名古屋市立

学校

食物アレルギーがあって、学校の給食をそのままでは食べられない場合は、保護者の方からの申し出により、集団給食のなかで可能な範囲での除去食等の対応をいたします。

除去食等の実施にあたっては、医師の指示にもとづき、ご家庭と連携を図って慎重にすすめていかなければなりません。したがって、次の点につきましてご協力をお願いいたします。

1 学校で実施できる食物アレルギー対応給食の内容は、次の通りです。

(1) 除去食

食物アレルギーの原因食品を取り除いて調理を行います。ただし、除去する食品は「卵・マヨネーズ、乳製品、ごま」とし、調理の最終工程で取り除くことができる場合に限りです。例えば、「にら卵スープ」の調理では、最終工程のアレルゲンの「卵」を加える前にスープを取り分けて、除去食とします。

(2) 副食の除去

原因食品を含む副食そのものを取り除きます。除去食対応ができない副食が主な対象となります。この場合、他の副食を多く配膳したりするなどの配慮を行いますが、家庭から一部弁当持参をお願いする場合があります。

(3) 単品の除去

調理を行わず、単品ごとに配付する原因食品を取り除きます。(配膳しません)

(4) 副食の一部取り除き

配膳された副食の中から、原因食品（むきえび、いか、うずら卵等）を自分で取り除きます。食物アレルギーによる症状が比較的軽い児童を対象とします。

2 食物アレルギー症状が重い場合や、アレルゲンを含む食品を取り除くと献立として成り立たない場合は、家庭から一部弁当持参、又は完全弁当持参をお願いすることがあります。

3 食物アレルギー対応給食は、児童生徒が医師の診断を受け、保護者が申し出た場合に行います。

(1) 食物アレルギー対応給食を希望される方は、「食物アレルギー対応給食申請書」【様式2】と「食物アレルギーの経過報告書」【様式3】、「学校生活管理指導表（食物アレルギー用）」をお渡ししますので、提出をお願いします

(2) 食物アレルギーに関して医療機関（病院・医院）で診察・検査を受ける時は、必ず健康保険証・各種医療証（こども医療証等）を持参してください。保険診療扱いになります。また、受診される場合には、医師への「お願い」文及び「学校生活管理指導表（食物アレルギー用）」、「食物アレルギー対応給食申請書」【様式2】、「食物アレルギーの経過報告書」【様式3】を持参し、医師にお見せください。なお、「学校生活管理指導表（食物アレルギー用）」は診断書（公文書）となりますので、医療機関が定める文書料金が必要です。金額については、各医療機関にお問い合わせください。

- 4 上記書類を提出していただいた後に、保護者面談を行って、具体的な対応について確認させていただきます。また、必要に応じて学校から医師にご連絡させていただく場合もあります。
- 5 給食対応を受けている間は、定期的に医師の診断を受け、児童生徒の状態を確認してください。年度途中に除去内容に変更がある場合は、「食物アレルギー対応給食申請書（変更用）」【様式2-3】を出してください。
- 6 除去食対応（調理の最終工程での取り除き）ができる献立は、毎月配布する「学校給食こんだて（児童生徒配付用）」に記載してありますのでご確認ください。その他献立に含まれる食物アレルギーの原因食品等の情報が必要な方は、学級担任にご相談ください。必要に応じて「学校給食献立表（調理場用献立表）」をお渡しします。
- 7 食物アレルギー対応給食の実施は、保護者が毎月の「学校給食こんだて（児童生徒配付用）」と「学校給食献立表（調理場用献立表）」で除去食対応献立及びアレルギー物質を確認し、対応を希望する献立について学校へ連絡があったものについて行います。
- 8 食物アレルギー対応給食を申し込まれ、一部食べない食材（デザート等）があった場合でも、給食費の減額はありませぬ。1食分全く食べない場合は、規定額を減額し、翌月の給食費徴収で精算します。
- 9 除去食等の対応につきましては、安全には十分注意して行いますが、予測できない事態が発生する場合も考えられます。緊急の場合は、保護者の了解を待たずに家庭から指定された病院または救急病院へ搬送しますのでご理解ください。
- 10 家庭において、児童生徒に給食の食べ方を十分理解させ、誤って食べることをないようにご協力ください。
- 11 児童生徒の健康状態や給食内容など、家庭との連携を密にするために、定期的に連絡させていただきますのでよろしくお願いいたします。

学校生活管理指導表（食物アレルギー用）

食物アレルギー（あり・なし） アナフィラキシー（あり・なし）

病型・治療 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 B アナフィラキシー病型（アナフィラキシーの既往症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（ ）		学校生活上の留意点 A 給食 1 管理不要 2 保護者と相談し決定 B 食物・食材を扱う授業・活動 1 配慮不要 2 保護者と相談し決定 C 運動（体育・部活動等） 1 管理不要 2 保護者と相談し決定 D 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 E その他の配慮・管理事項 （自由記載）	☆保護者 電話： ☆連絡医療機関 医療機関名 電話：
C 原因物質・診断根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ「」内に診断根拠を記載 「診断根拠」 該当するものをすべてを「」内に記載。 ① 明らかかな症状の既往 ② 食物経口負荷試験陽性 ③ IgE 抗体など検査結果が陽性 1 鶏卵 2 牛乳・乳製品 3 小麦 4 ソバ 5 ピーナッツ 6 種実類・木の実類 7 甲殻類（エビ・カニ） 8 果物類 9 魚類 10 肉類 11 その他1 12 その他2		緊急連絡先 記載日 年 月 日 医師名 医療機関名	緊急連絡先 記載日 年 月 日 医師名 医療機関名
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（「エピペン®」） 3 その他（ ）		保護者署名 _____	

○ 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教職員全員で共有することに同意しますか。

- 1 同意する  
2 同意しない

主治医 様

平成 年 月

名古屋市立 学校長

「学校生活管理指導表(食物アレルギー用)」等に関するお願い

名古屋市立小学校・特別支援学校及び鳴海中学校では、食物アレルギーのある児童生徒に対して、食物アレルギー対応給食を提供しています。

あわせて、万一児童生徒がアレルギー症状を発症した場合に備え、緊急時の対応マニュアルを作成するなど、迅速な対応ができるような校内体制づくりに努めています。

これらの対応を適切に行うためには、児童生徒の食物アレルギーについて医療機関における正確な診断を把握し、一人一人の実態に応じた指導を行うことが大切になります。つきましては、これらの対応を希望する保護者に対して、下記のように関係文書を提出するように依頼しましたので、食物アレルギー等の検査並びに診断にかかわるお取り計らいをお願いします。

なお、「診察・検査に関しましては、一般保険診療扱いになること」や「学校生活管理指導表(食物アレルギー用)の作成には、文書料が必要となること」については保護者に伝えてありますので、申し添えます。

記

1 学校生活管理指導表(食物アレルギー用)

食物アレルギーの検査・診断の結果に基づき、「病型・治療」「学校生活上の留意点」「医療機関」の欄をご記入ください。

特に、アドレナリン自己注射薬(エピペン®)を所持している場合は、「B. アナフィラキシー病型」「D.緊急時に備えた処方薬」の記載をお願いいたします。

2 食物アレルギー対応給食申請書【様式2】及び食物アレルギーの経過報告書【様式3】

食物アレルギー対応給食を希望される場合は、この申請書及び経過申告書を保護者自身が記入し、提出します。記入内容について、ご確認ご指導をお願いいたします。

(問い合わせ先) 名古屋市立 学校  
電 話

【様式2-1】

食物アレルギー対応給食申請書（新規）〔新入学・転入・在学中〕

提出日 平成 年 月 日

\_\_\_\_\_ 学校長 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。

ふりがな 児童生徒氏名		生年月日	平成 年 月 日
性 別	男 ・ 女	年 組	年 組
住 所	〒 _____ Tel ( _____ ) - _____		
緊急時連絡先	氏名 (続柄 _____)	Tel 携帯	
	氏名 (続柄 _____)	Tel 携帯	

○ 学校給食での食物アレルギー対応について（該当する項目をチェックしてください。）

- 対応食希望 → 下記のいずれかをチェックしてください（複数可）
  - 除去食（卵・マヨネーズ、乳製品、ごま）       副食の除去       単品の除去
  - 副食の一部取り除き（配膳された副食から自分で取り除いて食べる）
- 献立に使われない食品（ソバ、落花生〔ピーナッツ〕、キウイフルーツ）だけ対応希望
- 完全弁当持参
- その他希望する事柄（ \_\_\_\_\_ ）

○ 添付書類（必須）

- 学校生活管理指導表（食物アレルギー用）  
（ただし、「副食の一部取り除き」のみを希望する場合は、提出不要）
- 食物アレルギーの経過報告書【様式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・献立面で不足が生じる可能性があること。
- 不足があれば、一部弁当持参が必要な場合があること。
- 微量混入（コンタミネーション）の可能性が完全には排除できないこと。
- 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。

（様式2-1の情報は、食物アレルギー対応に限って使用します。）

## 食物アレルギー対応給食申請書（継続用）

提出日 平成 年 月 日

\_\_\_\_\_ 学校長 様

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

食物アレルギーによる学校給食での対応の継続について、下記のとおり申請します。

なお、診断の結果は、昨年度と変更が（ ありません ・ あります ）。

変更がない場合にも、診断書（学校生活管理指導表）、報告書を添付してください。

ふりがな 児童生徒氏名		生年月日	平成 年 月 日
性 別	男 ・ 女	年 組	年 組
住 所	〒 _____ Tel ( _____ ) - _____		
緊急時連絡先	氏名 (続柄 )	Tel 携帯	
	氏名 (続柄 )	Tel 携帯	

- 学校給食での食物アレルギー対応について（該当する項目をチェックしてください。）
- 対応食希望 → 下記のいずれかをチェックしてください（複数可）
    - 除去食（卵・マヨネーズ、乳製品、ごま）  副食の除去  単品の除去
    - 副食の一部取り除き（配膳された副食から自分で取り除いて食べる）
  - 献立に使われない食品（ソバ、落花生〔ピーナッツ〕、キウイフルーツ）
  - 完全弁当持参
  - その他希望する事柄（ \_\_\_\_\_ ）
- 添付書類（必須）
- 学校生活管理指導表（食物アレルギー用）  
（ただし、「副食の一部取り除き」のみを希望する場合は、提出不要）
  - 食物アレルギーの経過申告書【様式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・献立面で不足が生じる可能性があること。
  - 不足があれば、一部弁当持参が必要な場合があること。
  - 微量混入（コンタミネーション）の可能性が完全には排除できないこと。
  - 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。
- （様式2-2の情報は、食物アレルギー対応に限って使用します。）

## 食物アレルギー対応給食申請書（変更用）

提出日 平成 年 月 日

\_\_\_\_\_ 学校長 様

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

- 食物アレルギーによる学校給食での対応の変更について、下記のとおり申請します。

ふりがな 児童生徒氏名		生年月日	平成 年 月 日
性 別	男 ・ 女	年 組	年 組
住 所	〒 _____ Tel ( _____ ) - _____		
緊急時連絡先	氏名 (続柄)	Tel 携帯	
	氏名 (続柄)	Tel 携帯	

- 学校給食での食物アレルギー対応について（変更する項目をチェックしてください。）

- 対応食希望 → 下記のいずれかをチェックしてください（複数可）
- 除去食（卵・マヨネーズ、乳製品、ごま）     副食の除去     単品の除去
- 副食の一部取り除き（配膳された副食から自分で取り除いて食べる）
- 献立に使われない食品（ソバ、落花生〔ピーナッツ〕、キウイフルーツ）
- 完全弁当持参
- その他希望する事柄（ \_\_\_\_\_ ）

- 変更する内容について具体的に記入してください。

- 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・献立面で不足が生じる可能性があること。
- 不足があれば、一部弁当持参が必要な場合があること。
- 微量混入（コンタミネーション）の可能性が完全には排除できないこと。
- 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。

（様式2-3の情報は、食物アレルギー対応に限って使用します。）

食物アレルギーの経過報告書

申告日 平成 年 月 日

学校長 様

児童生徒名 \_\_\_\_\_

生年月日 平成 年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

1 本児童生徒の食物アレルギーへの給食対応を申請するにあたり、これまでに経験したアレルギーの経過及び希望する除去のレベルを、以下のように報告します。

アレルゲン	希望する除去レベル	摂取時に経験した症状
<input type="checkbox"/> 卵・マヨネーズ <input type="checkbox"/> 乳製品 <input type="checkbox"/> ごま <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 微量の混入は可 <input type="checkbox"/> 加工品は可 <input type="checkbox"/> 本人判断で取り除き <input type="checkbox"/> その他注意事項 ( )	<input type="checkbox"/> 発赤、じんま疹など即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <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"/> 卵・マヨネーズ <input type="checkbox"/> 乳製品 <input type="checkbox"/> ごま <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 微量の混入は可 <input type="checkbox"/> 加工品は可 <input type="checkbox"/> 本人判断で取り除き <input type="checkbox"/> その他注意事項 ( )	<input type="checkbox"/> 発赤、じんま疹など即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <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"/> 卵・マヨネーズ <input type="checkbox"/> 乳製品 <input type="checkbox"/> ごま <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 微量の混入は可 <input type="checkbox"/> 加工品は可 <input type="checkbox"/> 本人判断で取り除き <input type="checkbox"/> その他注意事項 ( )	<input type="checkbox"/> 発赤、じんま疹など即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <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

□裏面に追加項目の記載あり

2 食物アレルギーのために受診している医療機関

医療機関名 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_

- この申告書は、上記医師の確認を受けています。
- 上記医療機関には（およそ \_\_\_\_\_ ヶ月ごと・年1回以上・必要時）に受診しています。
- 最後に受診した年月日は（平成 年 月 日）
- 緊急時に使用するため、下記の薬剤を処方されています。
  - 飲み薬※  吸入薬※  アドレナリン自己注射薬（エピペン®）
  - ※ 薬品名 ( )
- 必要があれば、診療情報を照会することを了承します。

アレルゲン	希望する除去レベル	摂取時に経験した症状
<input type="checkbox"/> 卵・マヨネーズ <input type="checkbox"/> 乳製品 <input type="checkbox"/> ごま <input type="checkbox"/> その他 (                    )	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 微量の混入は可 <input type="checkbox"/> 加工品は可 <input type="checkbox"/> 本人判断で取り除き <input type="checkbox"/> その他注意事項 (                    )	<input type="checkbox"/> 発赤、じんま疹など即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <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"/> 卵・マヨネーズ <input type="checkbox"/> 乳製品 <input type="checkbox"/> ごま <input type="checkbox"/> その他 (                    )	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 微量の混入は可 <input type="checkbox"/> 加工品は可 <input type="checkbox"/> 本人判断で取り除き <input type="checkbox"/> その他注意事項 (                    )	<input type="checkbox"/> 発赤、じんま疹など即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <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"/> 卵・マヨネーズ <input type="checkbox"/> 乳製品 <input type="checkbox"/> ごま <input type="checkbox"/> その他 (                    )	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 微量の混入は可 <input type="checkbox"/> 加工品は可 <input type="checkbox"/> 本人判断で取り除き <input type="checkbox"/> その他注意事項 (                    )	<input type="checkbox"/> 発赤、じんま疹など即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <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"/> 卵・マヨネーズ <input type="checkbox"/> 乳製品 <input type="checkbox"/> ごま <input type="checkbox"/> その他 (                    )	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 微量の混入は可 <input type="checkbox"/> 加工品は可 <input type="checkbox"/> 本人判断で取り除き <input type="checkbox"/> その他注意事項 (                    )	<input type="checkbox"/> 発赤、じんま疹など即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅発型皮膚症状 <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

## 3 その他特記事項

面談記録票(個人調査票作成用)

【様式4】

年 組		氏名	性別 男・女		面談実施日 月 日
出席者： 保護者( )、児童、担任( )、校長、教頭、教務、養護教諭、栄養教諭・栄養職員、調理員					
アレルギー	具体的な食品名等	※ の番号、特記事項を記入			症状確認時期
		診断根拠	希望する除去のレベル	摂取時に経験した症状	
1	卵				年 月頃
2	乳				年 月頃
3	ごま				年 月頃
4	小麦				年 月頃
5	ソバ				年 月頃
6	ピーナッツ				年 月頃
7	種実類・木の実類				年 月頃
8	甲殻類(エビ・カニ)				年 月頃
9	果物類				年 月頃
10	魚類				年 月頃
11	肉類				年 月頃
12	その他 1				年 月頃
13	その他 2				年 月頃
診断根拠	①	明らかな症状の既往			
	②	食物経口負荷試験陽性			
	③	IgE抗体など検査試験結果が陽性			
希望する除去レベル	①	完全除去			
	②	微量の混入は可			
	③	加工品は可(調味料・加工食品等に含まれる程度であれば食べられる)			
	④	本人判断で取り除き(調理した料理から、アレルギー原因食品を一部取り除いて食べる)			
	⑤	アレルギー原因食品を調理した揚げ油の使用は可			
	⑥	その他注意事項			
摂取時に経験した症状	①	発赤、じんま疹など即時型皮膚症状			
	②	湿疹など遅発型皮膚症状			
	③	口腔・粘膜症状			
	④	咳、喘鳴など呼吸器症状			
	⑤	腹痛、嘔吐など消化器症状			
	⑥	ショック症状			
	⑦	その他			
過去の発作事例と症状	年 月( 歳)頃、原因食品( )、食後( )分、ショック症状(有・無)				
	年 月( 歳)頃、原因食品( )、食後( )分、ショック症状(有・無)				
	年 月( 歳)頃、原因食品( )、食後( )分、ショック症状(有・無)				

発作時の対応 (養護教諭と要相談)	発作時の対応手順		
	治療薬	内服薬 薬名( ) 学校に携帯希望 する ・ しない 管理方法 ・ 投与方法( )	
		吸入薬 薬名( ) 学校に携帯希望 する ・ しない 管理方法 ・ 投与方法( )	
		外用薬 薬名( ) 学校に携帯希望 する ・ しない 管理方法 ・ 投与方法( )	
		注射薬 薬名( ) 学校に携帯希望 する ・ しない 管理方法 ・ 投与方法( )	
運動	食事と運動の関連 ( 有 ・ 無 )		
	運動や課外活動時の留意点( )		
食物アレルギー対応給食希望	除去対応	面談で確認した内容	確認事項
	除去食		
	単品の除去		
	副食の除去		
	副食の一部取り除き		
	完全弁当持参		
	その他		
連絡方法	調理場用献立表 ( 要 ・ 不要 ) その他 ( )		
学校生活上の留意点	その他給食 (給食当番・給食エプロン・清掃活動等)		
	食物を扱う授業・活動		
	校外学習 宿泊を伴う校外活動		
	その他の配慮事項		
保護者の要望等			

面談後の経過等

月 日 ( )

月 日 ( )

月 日 ( )

月 日 ( )

月 日 ( )

月 日 ( )

【様式5表】

# 食物アレルギー個人調査票



裏面もあります

( ) 年 ( ) 組

児童生徒氏名		性別	男・女	生年月日	平成	年	月	日
保護者氏名		自宅番号			FAX番号			
		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	〒							
主治医	病院名( ) 主治医名( ) 電話番号( )							
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 食物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)			( 年 月)				
病院や家庭での 処置や対応 (経年経過で)	( 年 月)			( 年 月)				
服薬	( 年 月)			( 年 月)				
	薬名( )			薬名( )				
飲み方( )			飲み方( )					
調理実習 宿泊学習での 配慮希望	( 年 月)			( 年 月)				
緊急時の 対応	A 弱い反応	( ) 病院の( ) 医師(TEL )へ連絡 *もし5分以内に反応が治まらない場合には「B強い反応の場合」の対応に移行する。						
	B 強い反応 (呼吸困難) (腫れ)	1 <u>すぐに救急車を呼び、医療機関に移送</u> 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〉

裏面

	決定（ 年 月 日）	変更（ 年 月 日）
給食停止 等	弁当持参 ・ 牛乳停止 パン停止 ・ ご飯停止	弁当持参 ・ 牛乳停止 パン停止 ・ ご飯停止
除去食対応	<input type="checkbox"/> 卵・マヨネーズ <input type="checkbox"/> 乳製品 <input type="checkbox"/> ごま <input type="checkbox"/> その他（            ）	<input type="checkbox"/> 卵・マヨネーズ <input type="checkbox"/> 乳製品 <input type="checkbox"/> ごま <input type="checkbox"/> その他（            ）
副食の除去		
単品の除去		
副食の一部除去		
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・特記事項等〉 \*要記入年月日


## 「食物アレルギー対応」チェックリスト

	内 容	チェック欄
(食物アレルギー対応委員会)		
1	「食物アレルギー対応委員会」が設置されているか。	
2	食物アレルギーのある児童生徒を確認し、学校生活管理指導表に基づき適切に給食対応が決定されているか。	
3	対応委員会で確認された方針に従って、対応給食が実施されているか。	
4	対応委員会において、定期的に対応状況の評価や見直しを行っているか。	
(食物アレルギー対応マニュアル)		
1	食物アレルギー対応マニュアルを作成し、内容について全職員に周知されているか。	
(教職員の役割)		
1	校長は、食物アレルギーに関する校内研修を計画的に行っているか。	
2	担任は、自分の担任する児童生徒のアレルギー状況と、対応方法について理解しているか。	
3	担任は、他の児童生徒が食物アレルギーについて正しく理解できるように学級全体に指導しているか。	
4	養護教諭等は、対応が必要な児童生徒の一覧表を作成しているか。	
5	栄養教諭等は、調理現場の安全、衛生管理を行い、微量混入（コンタミネーション）防止対策を講じているか。	
6	栄養教諭等は、対応内容が明らかになるように、確認表や表示等を作成して確実に運用できているか。	
(緊急時の対応)		
1	緊急時（アナフィラキシー発症時）の対応について、教職員の役割分担等校内体制は整備されているか。	
2	緊急時対応の流れについて、全教職員がその重要性を理解し確実に把握しているか。	
3	緊急時に備え、「アレルギー緊急時対応マニュアル」を全教職員が適切に保管できているか。	



# あ と が き

「食物アレルギー対応の手引き」をここに刊行できることとなりました。作成委員の方々には、多大なるご協力をいただき大変感謝しております。

この度、食物アレルギー対応に関わっては、アレルギー専門医など専門家からの助言をいただき、より安全性を確保するために「学校生活管理指導表」の提出を求めることとしました。また、各学校において、「対応委員会」を設置するとともに、学校の実情を踏まえた対応マニュアルを作成し、学校現場での対応力を一層高めていただきたいと考えました。

今後、各学校においては、本手引きを研修などに活用することにより、食物アレルギー対応給食の提供体制への理解を深め、学校給食の発展に役立てていただければ幸いです。

## 手引き作成委員会

◎委員長 <順不同・敬称略>

委員名	所 属	職・役職等
◎伊 藤 浩 明	あいち小児保健医療総合センター	内科部長
	NPO法人アレルギー支援ネットワーク	副理事長
森 孝 生	名古屋市学校医会	副会長
川 澄 記久子	名古屋市小中学校PTA協議会	副会長
鈴木 博 志	名古屋市立名城小学校	校 長
宍 戸 弘	名古屋市立吹上小学校	校 長
森 恵 介	名古屋市立南押切小学校	教 諭
加 藤 和 美	名古屋市立吹上小学校	養護教諭
奥 田 晶 子	名古屋市立道徳小学校	栄養教諭
和 田 典 子	名古屋市立熊の前小学校	調理員

## 手引き作成小委員会

○委員長 <順不同・敬称略>

○宍 戸 弘	名古屋市立吹上小学校	校 長
宮 崎 幸 恵	名古屋市立児玉小学校	校 長
小 川 浩 二	名古屋市立金城小学校	校 長
森 千 鶴	名古屋市立自由ヶ丘小学校	校 長
出 川 久 枝	名古屋市立城北小学校	養護教諭
伊 藤 恭 子	名古屋市立旗屋小学校	養護教諭
山 田 知 子	名古屋市立高針小学校	養護教諭
岩 田 靖 子	名古屋市立南養護学校	養護教諭
黒 柳 久 子	名古屋市立千代田橋小学校	栄養教諭
坂 井 圭 美	名古屋市立荒子小学校	栄養教諭
河 合 優 乃	名古屋市立大高北小学校	栄養教諭
村 松 理 恵	名古屋市立村雲小学校	学校栄養職員

< イラスト > 加藤久仁夫（名古屋市立今池中学校 教諭）

### 事 務 局

学校保健課長	森 川 孝 次	保健体育係長	谷 茂 明
小学校給食係長	鈴 村 良 規	中学校給食係長	遠 島 春 菜
主任指導主事	本 部 鉄 男	指導主事	毛 利 昭
指導主事	秋 山 志津子	管理栄養士	伊 藤 文 子

名古屋市教育委員会学校保健課

〒460-8508 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号

TEL 052-972-3247

FAX 052-972-4178

E-mail : [a3247@kyoiku.city.nagoya.lg.jp](mailto:a3247@kyoiku.city.nagoya.lg.jp)

