

豊山町立小中学校
学校給食における食物アレルギー対応マニュアル

豊山町教育委員会

令和2年12月

(令和6年1月改訂)

目 次

1	食物アレルギーの基礎知識	1
	(1) 食物アレルギーとは	1
	(2) 即時型食物アレルギーの症状	1
	(3) 遅延型アレルギーとは	2
	(4) 口腔アレルギー症候群とは	2
	(5) アナフィラキシーとは	2
	(6) 食物依存性運動誘発アナフィラキシーとは	2
2	学校給食における食物アレルギー対応の基本方針	3
	《学校で実施する対応》	3
	《基本方針》	4
3	食物アレルギーを有する児童生徒への対応	6
	(1) 対応開始までの流れ	6
	《対応開始までの流れ フローチャート》	10
	(2) 給食提供の流れ	11
	(3) 食物・食材を扱う活動	12
	(4) 運動（体育・部活動等）	12
	(5) 学校給食の提供が困難な場合	13
	(6) その他	14
4	緊急時の対応について	15
	(1) 食物アレルギー症状への対応手順	15
	《食物アレルギー症状への対応手順 フローチャート》	17
	(2) 緊急時の役割分担について（食物アレルギー緊急時対応マニュアル）	18
	(3) 報告書について	18
5	様式集	19

1 食物アレルギーの基礎知識

(1) 食物アレルギーとは

私たちの体には「異物」が体内に入ってきたときに、それを排除しようとする「免疫」という仕組みがある。この仕組みが、過剰反応を起こし、食物を異物として認識し不利な症状を引き起こすことがある。これが食物アレルギーである。アレルギー反応を引き起こす原因となる物質をアレルゲンと呼び、アレルゲンを含む食品を原因食品と呼ぶ。食物アレルギーでは、アレルゲンは食品中のたんぱく質であり、食物を食べた時だけでなく、触ったり、吸い込んだりした時にも起こる。

食物アレルギーには、食後2時間以内に症状が出る「即時型食物アレルギー」と数時間以上経ってから起きる「非即時型（遅延型）食物アレルギー」の大きく2つに分けられる。

(2) 即時型食物アレルギーの症状

即時型食物アレルギーの症状は多岐にわたる。皮膚、粘膜、消化器、呼吸器さらに全身性に認められることがある。最も多い症状は皮膚・粘膜症状である。

特に注意すべき症状は、呼吸器の症状、消化器の症状、循環器の症状、神経の症状である。これらの症状がみられた場合、迅速な対応が必要となることがある。

《食物アレルギーにより引き起こされる症状》

1. 皮膚の症状	かゆみ、じんましん、赤み(紅斑)
2. 目の症状	結膜の充血、かゆみ、まぶたの腫れ
3. 口・のどの症状	口・のどの中の違和感、イガイガ感、唇・舌の腫れ
4. 鼻の症状	くしゃみ、鼻水、鼻づまり
5. 呼吸器の症状	声がかすれる、犬が吠えるような咳、のどがしめつけられる感じ(咽頭絞扼感)、咳、息が苦しい(呼吸困難)、ゼーゼー・ヒューヒューする(ぜん鳴)、低酸素血症
6. 消化器の症状	腹痛、吐き気、嘔吐、下痢
7. 循環器の症状	脈が速い(頻脈)、脈が触れにくい・脈が不規則、手足が冷たい、唇や爪が青白い(チアノーゼ)、血圧低下
8. 神経の症状	元気がない、ぐったり、意識もうろう、不機嫌、尿や便を漏らす(失禁)

(3) 遅延型アレルギーとは

原因食品を食べて翌日以降に湿疹が悪化するなどの症状が現れる場合は、「遅延型アレルギー」の可能性がある。その食品に反応するリンパ球の働きで起きる症状で、IgE 抗体に依存しないアレルギーのことである。特に「遅延型アレルギー」の場合は、食物負荷試験を行い、因果関係を確認するのが有効である。

(4) 口腔アレルギー症候群とは

口腔アレルギー症候群は、IgE 抗体が関係する口腔粘膜のみのアレルギー症状を指すが、花粉—食物アレルギーのことがほとんどである。シラカバやハンノキやブタクサなどの花粉のアレルギーがある児童生徒等が、それらの花粉抗原と構造が似た物質を含む生の果物や野菜を食べたときに、食後5分以内に口腔内（口の中）の症状（のどのかゆみ、ヒリヒリする、イガイガする、腫れぼったいなど）が誘発される。

(5) アナフィラキシーとは

アレルギー反応により、じんましんなどの皮膚症状、腹痛や嘔吐などの消化器症状、息苦しさなどの呼吸器症状が、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いう。その中でも、血圧が低下し意識レベルの低下や脱力をきたすような場合を特に「アナフィラキシーショック」と呼び、直ちに対応しなければ生命に関わる重篤な状態を意味する。

《アナフィラキシーの典型的症状》

初期の症状	口内違和感、口唇のしびれ、四肢のしびれ、気分不快、吐き気、腹痛、じんましん
中程度の症状	のどが詰まった感じ、胸が苦しい、めまい、嘔吐、全身のじんましん、ゼーゼーして苦しくなる
強い症状	呼吸困難、血圧低下、意識障害

(6) 食物依存性運動誘発アナフィラキシーとは

食物依存性運動誘発アナフィラキシーとは、原因食品を食べただけではアレルギー症状は現れないが、食後に運動すると「アナフィラキシー」が起きることを指す。運動によって腸での消化や呼吸に変化が起き、未消化のたんぱく質が吸収されて起こると考えられている。それまで全く食物アレルギーのなかった人が、ある日突然、発症する例がよく見られる。小麦、甲殻類の順に多く、最近では、ももやりんごなどの果物でも増えている。また、小麦・乳アレルギーの治療の段階で、ある程度摂取が可能となった後に、運動によって症状が誘発される場合もある。

2 学校給食における食物アレルギー対応の基本方針

食物アレルギーを有する児童生徒にも学校給食を原則提供することとする。そのためにも安全性を最優先とし、原因食品が多岐にわたる場合や微量でもアナフィラキシー症状を起こすなど学校給食の対応が困難と考えられる場合には、家庭に協力を求め、弁当の持参を依頼する。

上記を踏まえ、学校で実施する対応及び基本方針は次のとおりとする。

《学校で実施する対応》

無配膳対応	主食、飲用牛乳、副食においてアレルギーを含むものについては配膳しない対応 (除去食及び代替食対応がない場合は無配膳対応となる)
除去食対応	アレルギーを含む食品を加えない料理を提供する対応 (2品目 卵・乳)
代替食対応	アレルギーを含む食品の代わりにアレルギーを含まない食品を提供する対応 (飲用牛乳の代替えとして調整豆乳の提供のみ)
一部弁当持参	無配膳対応により提供されない、主食・副食を持参
完全弁当持参	学校給食の提供が困難である対象者において、毎日弁当を持参
詳細献立表の配付対応	学校給食で食物アレルギーの対応を行う場合に、献立の内容が分かる資料等を配付する対応

《基本方針》

- ① 食物アレルギーと医師から診断され、家庭でも食事制限をしている児童生徒を対象とする。
- ② 食物アレルギーの対応は、「学校生活管理指導表」に基づいて行う。
- ③ IgE 抗体検査等で食物アレルギーの陽性反応が出ていても、摂取による症状が全くなく、「学校生活管理指導表」の「学校生活上の留意点」において、医師が給食について「管理不要」と診断したときは、食物アレルギーの原因食品を含む給食を原則提供する。
- ④ 「そば、落花生、あわび、いくら、キウイフルーツ、まつたけ、くるみ、カシューナッツ、生の山芋（エキスを除く）、生卵（生卵を使用したマヨネーズ、アイスクリーム等を含む）」を提供しない。
- ⑤ 除去食対応の実施対応食品は卵・乳の2種類とする。
- ⑥ 代替食は、飲用牛乳のみを対象とし、調整豆乳（200ml）の提供をする。
- ⑦ 提供量や調理方法による多段階の対応はせず、原則アレルゲンとなる食品を提供するかしないかの二者択一とする。
 - ア 個別対応はしない。
 - (例) アレルゲンが卵の場合

フライのつなぎの卵は食べられるが、厚焼きたまごは食べられない場合でも、量の多少による対応は原則行わず、卵が含まれたものは除去食又は無配膳対応とする。
 - (例) アレルゲンが乳の場合

乳が含まれるシチューやパンは食べられるが、飲用牛乳は飲めない場合でも、加熱の有無や量の多少による対応は原則行わず、乳が含まれたものは除去食又は無配膳対応とする。また、希望する者には、飲用牛乳を調製豆乳に変更して提供する。
 - イ 一つの料理の材料に卵・乳の除去対象がある場合は、その全てを除去した料理を除去食として提供する。
 - (例) エッグチーズサラダ（いり卵、サイコロチーズ使用）

卵アレルギーを有する児童生徒にも、乳アレルギーを有する児童生徒にも、「いり卵」と「サイコロチーズ」を除去したものを提供する。

(例) グラタン (うずら卵、乳の入ったルー、豆乳使用)

卵アレルギーを有する児童生徒にも、乳アレルギーを有する児童生徒にも、「乳の入ったルー」と「うずら卵」を除去したものを提供する。また、除去食であることがわかるように、豆乳も除去し、見た目を変えて提供する。

ウ 体調の良し悪しによる対応の変更はしない。

- ⑧ 家庭で加熱卵を問題なく食べることができ、生卵のみにアレルギー症状がある場合であって、医師が「学校生活管理指導表」の「学校生活上の留意点」において生卵のみを「管理必要」と記載しているときは、卵を原則給食で提供する。
- ⑨ 生の果物、野菜を原因とした口腔アレルギー症候群の症状があつて、「学校生活管理指導表」の「学校生活上の留意点」において「管理必要」として食品名が記載されていた場合であっても、「F その他の配慮・管理事項(自由記述)」において、医師が「口腔アレルギーの症状があり、生では食べられないが、生以外なら食べられる」と診断し、食品名が記載されているときは、生以外の食品を原則給食で提供する。
- ⑩ 以下の調味料・だし・添加物等は、食物アレルギーの原因食物に関連するものであつても症状誘発の原因となりにくい食品であり、基本的に除去する必要はないため、原則給食を提供する。

原因食物	除去する必要のない調味料・だし・添加物等
鶏卵	卵殻カルシウム
牛乳	乳糖、乳清焼成カルシウム
小麦	しょうゆ、酢、みそ
大豆	大豆油、しょうゆ、みそ
ゴマ	ゴマ油
魚類	かつおだし、いりこだし、魚しょう
肉類	エキス

- ⑪ よく洗った調理器具の微量残留や離れた場所からの飛散、調味料、だし、添加物、エキス、コンタミネーション(混入)、注意喚起表記のアレルゲン等の微量での発症の危険がある場合は、弁当対応を基本とする。
- ⑫ アレルゲンが多品目になる、揚げ油が共有できない場合など、アレルギー症状が重く安全管理に不安がある場合は、弁当対応を基本とする。
- ⑬ 児童生徒自身がアレルゲンとなる食品を自己除去する対応は不可とする。単品(果物・ゼリーなどのデザート類等)も無配膳対応とする。

3 食物アレルギーを有する児童生徒への対応

(1) 対応開始までの流れ

① 保護者への周知及び調査（新入学児童及び転入学児童生徒の保護者）

新入学児童及び転入学児童生徒の保護者に、下記様式を配布し、学校給食における食物アレルギー対応の内容について周知するとともに、対応希望者を把握する。

【様式】

- ・児童生徒の「食物アレルギーに関する調査」について（お願い）（様式第1、別紙）
- ・食物アレルギーに関する調査票（様式第2）

② 関係書類の配布及び回収

食物アレルギー対応希望者に、下記様式を配布する。「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」（様式第4）は医療機関で記入してもらうよう保護者に依頼する。

必要に応じて、専門医の受診を勧める。

【様式】

- ・食物アレルギー対応に関する必要書類について（お願い）（様式第3）
- ・学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）（様式第4）
- ・学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）（記入例）
- ・食物アレルギー対応申請書（新規・継続）（様式第5-1）
- ・家庭における除去申告書（保護者記入用）（様式第6）
- ・緊急時個別対応マニュアル（様式第7）
- ・緊急時に備えた処方薬に関する指示書及び依頼書（様式第8）

※ 様式第8は該当者のみ

③ 面談の日程調整

面談日を設定し、食物アレルギー対応希望者へ下記様式により通知するとともに前記書類が未提出の場合、提出を依頼する。就学前児童への日程調整は町教育委員会が行い、その他児童生徒については学校が行う。

【様式】

- ・食物アレルギー面談の日程について（様式第9）

④ 面談の実施

町教育委員会、各学校の管理職及び担任、養護教諭、栄養教諭等は、保護者と面談を行う。保護者から提出された書類をもとに面談を行い、必要な情報を収集し、対応を確認する。養護教諭及び栄養教諭は「面談記録票（個人調査票）」（様式第10）を作

成する。

《面談時確認事項》

- ①過去の食物アレルギー発症情報
- ②家庭での対応状況
- ③発作時の対応（使用している薬について）
- ④運動誘発性について確認
- ⑤学校生活（給食当番の参加や教育活動等）の留意点
- ⑥学校給食の対応についての説明と対応方法の確認（無配膳・除去食・弁当持参等）
- ⑦「学校生活管理指導表」の内容等について、教職員全員で共通理解することに対して同意を得ること 等

⑤ 個別の取組プランの作成

「食物アレルギー個別の取組プラン」（様式第 11）の素案は養護教諭・栄養教諭が作成する。素案は校内委員会で検討し、学校としての対応を決定する。決定したプランは、町教育委員会に報告し承認を得る。

※校内委員会…校長を責任者とし、教頭、養護教諭、栄養教諭、保健主事、給食主任等で組織された食物アレルギーに関する情報を集約し、対応を協議し決定する会。

【提出書類】

- ・学校給食における食物アレルギー対応について（報告）（様式第 12）
- ・食物アレルギー個別の取組プラン（様式第 11）
- ・学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）（様式第 4）の写し

※面談後、概ね 1 週間以内に町教育委員会へ提出すること。

町教育委員会は、学校からの報告を審査し、不備等がなければ承認した旨を「学校給食における食物アレルギー対応について（承認）」（様式第 13）で学校へ通知する。承認後、学校は保護者へ「食物アレルギー個別の取組プラン」（様式第 11）の内容説明を行うとともに同意を得る。写しは保護者へ渡す。

⑥ 対応の開始

全教職員に「食物アレルギー個別の取組プラン」（様式第 11）、「緊急時個別対応マニュアル」（様式第 7）及び食物アレルギー対応方法を周知し、個々の児童生徒の対応についての共通理解を図ったのち、速やかに学校での食物アレルギーの対応を開始する。

⑦ 受診により医師の指示内容に変更がある場合

医師の指示により、食物アレルギーの変更がある場合、保護者は「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」（様式第4）及び「食物アレルギー対応申請書（変更）」（様式第5-2）を提出する。また、必要に応じ、「家庭における除去申告書（保護者記入用）」（様式第6）、「緊急時個別対応マニュアル」（様式第7）、「緊急時に備えた処方薬に関する指示書及び依頼書」（様式第8）を提出する。

ただし、医師の指示により食物アレルギー対応を解除する食品がある場合は、家庭で複数回食べても症状が誘発されないことを前提とする。

⑧ 食物アレルギー対応を全て解除する場合

家庭で複数回食べても症状が誘発されず、医師の指示により、食物アレルギー対応を全て解除する場合、保護者は「食物アレルギー対応解除申請書」（様式第5-3）を提出する。

⑨ 継続者の確認（進級時）

継続者を確認するため、「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」（様式第4）及び「食物アレルギー対応申請書（新規・継続）」（様式第5-1）の提出を保護者に依頼する。また、「緊急時に備えた処方薬に関する指示書及び依頼書」（様式第8）は該当者のみ提出を依頼する。

医師の指示内容に変更がない場合においても、「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」（様式第4）の提出を求め、保護者と面談を実施し内容を確認する。

⑩ 中学校へ進学する場合（進学時）

小学校は食物アレルギー対応児童の保護者に下記様式を配布し、中学校へ提出するように依頼する。

【様式】

- ・「食物アレルギー対応に関する必要書類について（お願い）」（様式第3）
- ・学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）（様式第4）
- ・学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）（記入例）
- ・食物アレルギー対応申請書（新規・継続）（様式第5-1）
- ・家庭における除去申告書（保護者記入用）（様式第6）
- ・緊急時個別対応マニュアル（様式第7）
- ・緊急時に備えた処方薬に関する指示書及び依頼書（様式第8）

※様式第8は該当者のみ

⑪ 年度途中で町内の小学校に転学する場合

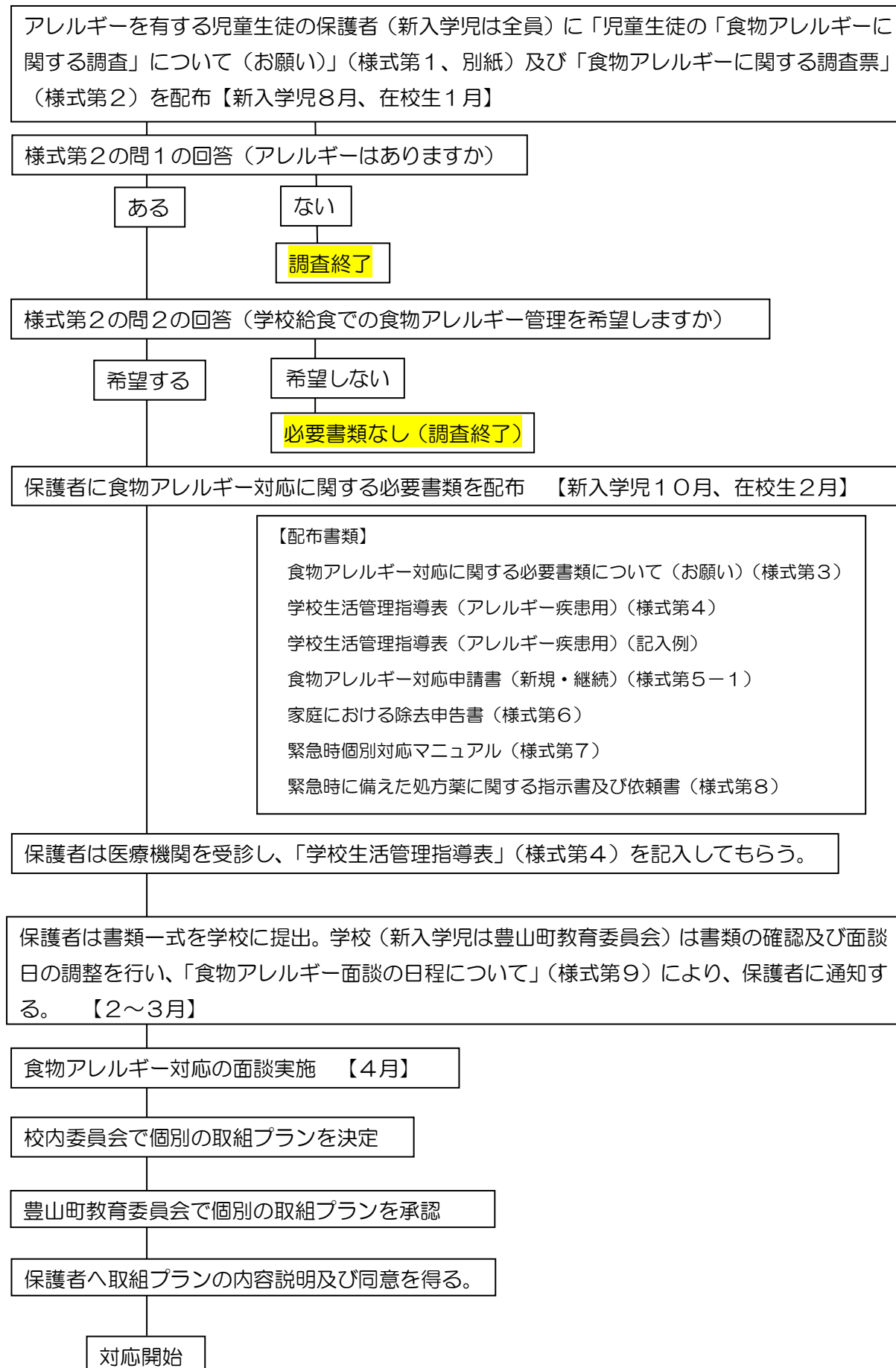
年度途中で町内の小学校に転学する場合、児童の受入れを円滑に行うために、転学前の学校は「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」（様式第4）、「家庭における除去申告書（保護者記入用）」（様式第6）及び「緊急時に備えた処方薬に関する指示書及び依頼書」（様式第8）を転学先に渡し、情報を共有する。また、転学先の学校は下記様式の提出を保護者に依頼する。

※様式第8は該当者のみ

【様式】

- ・食物アレルギー対応申請書（新規・継続）（様式第5-1）
- ・緊急時個別対応マニュアル（様式第7）

《対応開始までの流れ フローチャート》



(2) 給食提供の流れ

誤食事故は、給食提供時に起こることが大多数である。食物アレルギーを有する児童生徒の調理、配膳、給食の提供までの間に二重、三重のチェック体制をとる。また、給食の提供には十分な人員の配置と管理が必要である。

① 「学校給食食物アレルギー対応確認表」と「詳細献立表」の配布

給食センターは、毎月15日（土日の場合は金曜日）までに学校へ翌月分の「学校給食食物アレルギー対応確認表（※1）」と「詳細献立表（※2）」を送付する。学校は速やかに保護者へ配布し、保護者は食物アレルギー対応の有無及び除去食提供希望日を確認する。

※1 学校給食食物アレルギー対応確認表…その月に提供される給食の献立が図で示されたもの

※2 詳細献立表…特定原材料8品目、特定原材料に準ずる20品目の使用の有無が確認できるもの

【特定原材料 8品目】

えび、かに、くるみ、小麦、そば、卵、乳、落花生

【特定原材料に準ずるもの】

アーモンド、あわび、いか、いくら、オレンジ、カシューナッツ、キウイフルーツ、牛肉、ごま、さけ、さば、大豆、鶏肉、バナナ、豚肉、まつたけ、もも、やまいも、りんご、ゼラチン

② 「学校給食食物アレルギー対応確認表」の確認

保護者が提出した「学校給食食物アレルギー対応確認表」は、写しを保護者に返却するとともに、必ず担当教員が確認する。また、管理職・養護教諭・配膳員・担当教員には必ず写しを共有するとともに、除去食対応児童生徒分については、毎月25日（土日の場合は金曜日）までに給食センターへ送付する。原本は学校で保管する。

③ 除去食の配送方法

除去食は、対象者ごとに記名された専用の個別容器で給食センターから学校へ配送する。

④ 学校での管理及び児童生徒への受け渡し

学校に配送された除去食は、配膳員が職員室へ運び、管理職又は管理職から指示を受けた教職員が対象者の確認及び除去食の管理を行う。児童生徒への受け渡しは、管理職又は管理職から指示を受けた教職員が行う。

⑤ 実食前の再確認

児童生徒が実食する前に、再度担任と児童生徒本人が確認する。

⑥ 給食中の注意事項

- ・他の児童生徒の食事がこぼれた場合は、速やかに拭き取り、食材がテーブルに残らないようにすること。
- ・食物アレルギーを有する児童生徒が、他の児童生徒の食事に手を伸ばして誤食しないように注意すること。
- ・食事中の不用意な誤食がないように、他の児童生徒にも食物アレルギーに関する理解や協力を求めること。
- ・食事中は、アレルギー症状が出現していないか十分に観察するとともに、児童生徒の訴えを聴き、早期発見に努めること。

《観察点》

発疹（じんましん）の有無、かゆみの有無、顔面や全身のむくみの有無、嘔吐、腹痛、下痢、呼吸状態、意識レベル。

（3）食物・食材を扱う活動

原因物質に触れるだけでもアレルギー症状を起こす児童生徒は、原因物質を「食べる」だけでなく、「吸い込む」ことや「触れる」ことも発症の原因となるため、個々の児童生徒に応じた配慮が必要である。主治医からの指示を参考に、保護者と十分に話し合い対応する。

（4）運動（体育・部活動等）

アナフィラキシーの誘因や悪化要因として「運動」は重要であることから、アナフィラキシーの既往のある児童生徒等について、運動がリスクとなるのかどうかを把握し、運動する機会の多い学校生活を安全に過ごせるよう留意する。

(5) 学校給食の提供が困難な場合

安全性の確保のため、原因食物の完全除去対応（提供するかしないか）を原則とし、使用する食物や弁当対応を考慮する対象も熟慮する。

以下の①～⑦に該当する場合、主治医にそこまでの対応が必要であるか改めて確認することが望ましい。

① 微量混入（コンタミネーション）で発症する可能性がある場合

集団給食では、使用する食品及び調理から喫食、洗浄の間にコンタミネーションの可能性のあることから、安全な学校給食の提供が困難であるため、弁当対応とする。

② 症状誘発の原因となりにくい食品等で発症する可能性がある場合

食物アレルギーの原因食物に関連するものであっても症状誘発の原因となりにくい以下の食品については、完全除去を原則とする学校給食においても、基本的に除去する必要はない。

これらについて対応が必要な児童生徒は、当該原因食物に対する重篤なアレルギーがあることを意味するため、安全な給食提供が困難な場合には、弁当対応を考慮する。

原因食物	除去する必要のない調味料・だし・添加物等
鶏卵	卵殻カルシウム
牛乳	乳糖、乳清焼成カルシウム
小麦	しょうゆ、酢、みそ
大豆	大豆油、しょうゆ、みそ
ゴマ	ゴマ油
魚類	かつおだし、いりこだし、魚しょう
肉類	エキス

③ 加工食品の原材料の欄外表示（注意喚起表示）の食品について除去指示がある場合

（注意喚起例）

- ・ 同一工場、製造ライン使用によるもの
「本品製造工場では〇〇（特定原材料等の名称）を含む製品を製造しています。」
- ・ 原材料の採取方法によるもの
「本製品で使用しているしらすは、えび、かにが混ざる漁法で採取しています。」
- ・ えび、かにを捕食していることによるもの
「本製品（かまぼこ）で使用しているイトヨリダイは、えび、かにを食べています。」

- ④ 多品目の食物除去が必要な場合
- ⑤ 食器や調理器具の共用ができない場合
- ⑥ 油の共用ができない場合
- ⑦ その他、上記に類似した状況で、学校給食での対応が困難と考えられる場合

（6）その他

① 引継ぎについて

次年度の校長、教頭、担任、養護教諭、栄養教諭、その他必要に応じた関係者へ確実に、食物アレルギーを有する児童生徒に関する情報（配慮事項等を含む）を引き継ぐ。

② 関係書類の保管等について

関係する書類は、学校において、児童生徒ごとに保管・管理する。

③ 共済給付について

日本スポーツ振興センター災害共済給付請求は、誤食により起きた急性症状に対する治療については給付対象となる場合があるので、保護者に説明及び確認をする。ただし、急性症状治癒後の継続的受診は給付の対象にはならない。

4 緊急時の対応について

食物アレルギーの症状が疑われた場合は、誰が発見者となっても迅速かつ適切な対応が必要である。日頃から情報を共有し、緊急時に即応できるよう手順を理解し、エピペン®の使用方法や心肺蘇生の方法などを訓練しておくことが大切である。

(1) 食物アレルギー症状への対応手順

① 日頃からの準備

内服薬やエピペン®はすぐ取り出せる場所に保管し、残量や使用期限を定期的に確認する。

② 即時型食物アレルギーの症状かもしれないと疑う

原因食物を食べた場合だけでなく、触った場合、吸い込んだ場合にも症状が現れる可能性がある。前述した即時型食物アレルギー症状のいずれかがみられた場合は、「もしかしたら食物アレルギーの症状ではないか」と疑うことが大切である。「緊急時個別対応マニュアル」（様式第7）と関係書類を準備し、児童生徒の情報を確認する。

③ 「反応、呼吸の確認」と「緊急性の判断」

◆心肺蘇生が必要かどうかを判断する

肩をたたいて大声で呼びかけて反応を確認し、反応がなければさらに呼吸の様子を確認する。反応がなく普段どおりの呼吸をしていない（呼吸がない又はしゃくり上げのような途切れ途切れの呼吸をしている）場合、ただちに心肺蘇生を開始する。

◆反応がある、又は普段通りの呼吸をしている場合

心肺蘇生の必要がないため、緊急性の判断を行う。「緊急性が高いアレルギー症状」のうち1つでも当てはまる症状があるかどうかで判断をする。

1つでも当てはまる場合は緊急性が高いと判断し④（P15④参照）に進み速やかに対応を開始する。1つも当てはまらない場合は⑤（P15⑤参照）へ進み、さらに評価を行い症状に応じて対応をする。

④ 「緊急性が高いアレルギー症状」への対応

◆エピペン®の使用と救急車要請

エピペン®を携帯している場合は、ただちにエピペン®を使用して救急車を要請する。症状が改善された場合も、必ず救急車を要請する。エピペン®を携帯していない場合は、ただちに救急車を要請する。

救急車要請後、「緊急時個別対応マニュアル」（様式第7）を活用し、子どもの状態の説明、どのような手当を行なったか説明する。緊急時に搬送を希望する医療機関が決まっている場合は、その旨を伝える。

◆その場で安静にする

「緊急性が高いアレルギー症状」が出現した場合はできるだけ安静にする。患児の状態によって望ましい体位は変わるため、適切に判断をする。

a. ぐったり、意識もうろうとしている場合

血圧が低下しているおそれがあるため、仰向けに寝かせ足を15～30cm高くする。やむを得ず体位を交換する場合はできるだけゆっくり行ない、移動の必要がある場合も、頭を高くしないように注意して移動させるようにする。



b. 吐き気や嘔吐がある場合

嘔吐物による窒息を防ぐため、体と顔を横に向けるようにする。



c. 呼吸が苦しく仰向けになれない場合

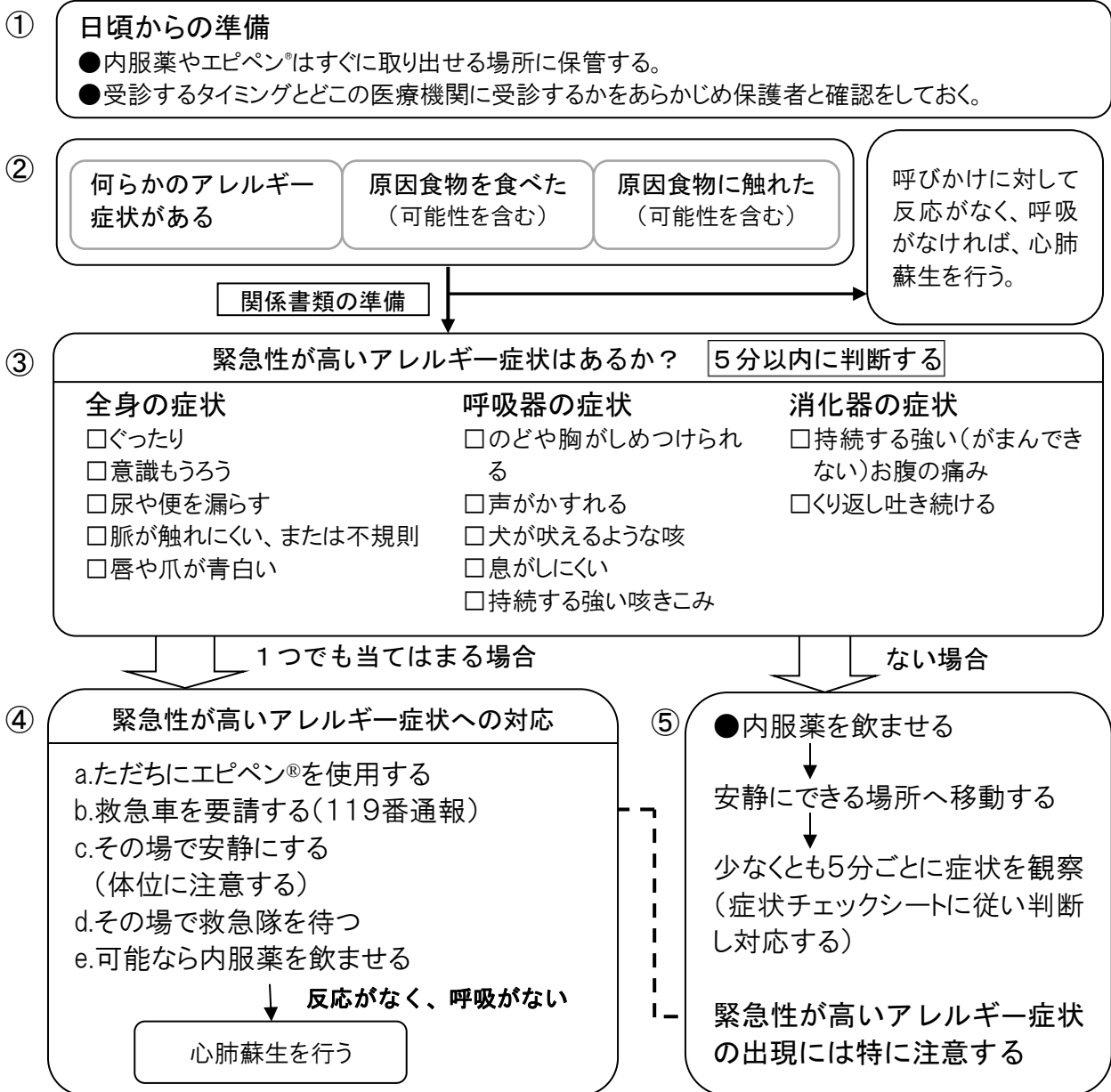


ぐったりや意識もうろうの状態である場合は、aの体位を優先させる。吐き気やぐったりはないが、呼吸が苦しい場合は、呼吸を楽にするために上半身を起こし、後ろによりかからせるのもよい。

◆可能なら内服薬を飲ませる

症状に気付いたときにすでに緊急性が高い症状の場合は、まずエピペン®を使用して救急車を要請し、その後内服薬が飲めそうな状態であれば飲ませる。エピペン®を携帯していない場合でもまず救急車要請を行い、飲めそうな状態であれば内服薬を飲ませる。

《食物アレルギー症状への対応手順 フローチャート》



(2) 緊急時の役割分担について（食物アレルギー緊急時対応マニュアル）

緊急時に即応できるよう、どのような役割分担があるか確認し、チームとして対応できるようあらかじめシミュレーションを行う。役割を明確にすることで、複数人が同じことをする、重要なことを逃してしまう、などのミスが減らすことができ、効率よく対応することができる。「食物アレルギー緊急時対応マニュアル」（参考資料）は、各小中学校で周知及び掲示する。

(3) 報告書について

①ヒヤリハット事例の報告について

学校及び給食センターは、全ての事故及びヒヤリハットについて、「食物アレルギー対応におけるヒヤリハット報告書」（様式第14）を町教育委員会に提出する。

②エピペン使用時の報告について

平成26年4月1日付け26教健第10号「エピペン使用時の報告について（通知）」に基づき、学校管理下においてエピペンを使用するに至った場合、学校は「児童生徒の事故発生速報」（様式第15）、「児童生徒の事故発生状況報告書」（様式第16）を町教育委員会に提出する。

③学校給食の事故報告・連絡について

「学校給食の管理と指導 七訂版（平成27年3月）」に基づき、学校給食用の食品に、異物混入・異臭等の異常を発見した場合、給食センターは「学校給食の事故報告書（速報）」（様式第17）、「学校給食の事故報告書（終えん）」（様式第18）を、町教育委員会に提出する。

5 様式集

様式番号	様式名
様式第1	児童生徒の「食物アレルギーに関する調査」について（お願い）
様式第2	食物アレルギーに関する調査票
様式第3	食物アレルギー対応に関する必要書類について（お願い）
様式第4	学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）
様式第5-1	食物アレルギー対応申請書（新規・継続）
5-2	食物アレルギー対応申請書（変更）
5-3	食物アレルギー対応解除申請書
様式第6	家庭における除去申告書（保護者記入用）
様式第7	緊急時個別対応マニュアル
様式第8	緊急時に備えた処方薬に関する指示書及び依頼書
様式第9	食物アレルギー面談の日程について
様式第10	面談記録票（個人調査票）
様式第11	食物アレルギー個別の取組プラン
様式第12	学校給食における食物アレルギー対応について（報告）
様式第13	学校給食における食物アレルギー対応について（承認）
様式第14	食物アレルギー対応におけるヒヤリハット報告書
様式第15	児童生徒の事故発生速報
様式第16	児童生徒の事故発生状況報告書
様式第17	学校給食の事故報告書（速報）
様式第18	学校給食の事故報告書（終えん）
参考資料	食物アレルギー緊急時対応マニュアル 学校給食食物アレルギー対応確認表

年 月 日

保護者様

豊山町教育委員会

児童生徒の「食物アレルギーに関する調査」について（お願い）

学校生活では、食品に関わる授業や活動を行うとともに、学校給食を提供します。学校生活における健康管理の一環として、特定の食品でアレルギー症状を発症する児童生徒について、事前にその状況等を把握するため、食物アレルギーに関する調査を行っています。

つきましては、「様式第 2 食物アレルギーに関する調査票」に必要事項を記入の上、月 日までに ○ ○ へ必ず提出してください。

なお、学校給食で食物アレルギーへの対応が必要な児童生徒については、後日「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」や食物アレルギー対応申請書等の書類をお渡しします。

○「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」について

食物アレルギーを有する児童生徒への対応を行う際は、個々の児童生徒の症状等を正しく把握することが必要です。「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」は、医師が診断の結果に基づいて、児童生徒のアレルギー疾患の情報を記載する書類として、「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」（文部科学省監修・公益財団法人日本学校保健会発行）で定められたものです。

なお、医療機関での「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の作成に当たっては、医療文書料（各医療機関が設定）がかかります。（保護者負担となります。）

○学校給食における食物アレルギー対応について

食物アレルギーを有する児童生徒にも学校給食を原則提供することとします。そのためにも安全性を最優先とし、原因食品が多岐にわたる場合や微量でもアナフィラキシー症状を起こすなど学校給食の対応が困難と考えられる場合には、家庭に協力を求め、弁当の持参を依頼します。

上記を踏まえ、学校で実施する対応及び基本方針は別紙のとおりとします。

備考 この件に関してのお問い合わせは、下記連絡先へお願いいたします。

(連絡先 ○○ 学校 Tel ー 担当：○○)

《基本方針》

- ① 食物アレルギーと医師から診断され、家庭でも食事制限をしている児童生徒を対象とする。
- ② 食物アレルギーの対応は、「学校生活管理指導表」に基づいて行う。
- ③ IgE 抗体検査等で食物アレルギーの陽性反応が出ていても、摂取による症状が全くなく、「学校生活管理指導表」の「学校生活上の留意点」において、医師が給食について「管理不要」と診断したときは、食物アレルギーの原因食品を含む給食を原則提供する。
- ④ 「そば、落花生、あわび、いくら、キウイフルーツ、まつたけ、くるみ、カシューナッツ、生の山芋（エキスを除く）、生卵（生卵を使用したマヨネーズ、アイスクリーム等を含む）」を提供しない。
- ⑤ 除去食対応の実施対応食品は卵・乳の2種類とする。
- ⑥ 代替食は、飲用牛乳のみを対象とし、調整豆乳（200ml）の提供をする。
- ⑦ 提供量や調理方法による多段階の対応はせず、原則アレルゲンとなる食品を提供するかしないかの二者択一とする。
 - ア 個別対応はしない。
 - (例) アレルゲンが卵の場合
フライのつなぎの卵は食べられるが、厚焼きたまごは食べられない場合でも、量の多少による対応は原則行わず、卵が含まれたものは除去食又は無配膳対応とする。
 - (例) アレルゲンが乳の場合
乳が含まれるシチューやパンは食べられるが、飲用牛乳は飲めない場合でも、加熱の有無や量の多少による対応は原則行わず、乳が含まれたものは除去食又は無配膳対応とする。また、希望する者には、飲用牛乳を調製豆乳に変更して提供する。
 - イ 一つの料理の材料に卵・乳の除去対象がある場合は、その全てを除去した料理を除去食として提供する。
 - (例) エッグチーズサラダ（いり卵、サイコロチーズ使用）
卵アレルギーを有する児童生徒にも、乳アレルギーを有する児童生徒にも、「いり卵」と「サイコロチーズ」を除去したものを提供する。

(例) グラタン (うずら卵、乳の入ったルウ、豆乳使用)

卵アレルギーを有する児童生徒にも、乳アレルギーを有する児童生徒にも、「乳の入ったルウ」と「うずら卵」を除去したものを提供する。また、除去食であることがわかるように、豆乳も除去し、見た目を変えて提供する。

ウ 体調の良し悪しによる対応の変更はしない。

- ⑧ 家庭で加熱卵を問題なく食べることができ、生卵のみにアレルギー症状がある場合であって、医師が「学校生活管理指導表」の「学校生活上の留意点」において生卵のみを「管理必要」と記載しているときは、卵を原則給食で提供する。
- ⑨ 生の果物、野菜を原因とした口腔アレルギー症候群の症状があって、「学校生活管理指導表」の「学校生活上の留意点」において「管理必要」として食品名が記載されていた場合であっても、「F その他の配慮・管理事項(自由記述)」において、医師が「口腔アレルギーの症状があり、生では食べられないが、生以外なら食べられる」と診断し、食品名が記載されているときは、生以外の食品を原則給食で提供する。
- ⑩ 以下の調味料・だし・添加物等は、食物アレルギーの原因食物に関連するものであっても症状誘発の原因となりにくい食品であり、基本的に除去する必要はないため、原則給食を提供する。

原因食物	除去する必要のない調味料・だし・添加物等
鶏卵	卵殻カルシウム
牛乳	乳糖、乳清焼成カルシウム
小麦	しょうゆ、酢、みそ
大豆	大豆油、しょうゆ、みそ
ゴマ	ゴマ油
魚類	かつおだし、いりこだし、魚しょう
肉類	エキス

- ⑪ よく洗った調理器具の微量残留や離れた場所からの飛散、調味料、だし、添加物、エキス、コンタミネーション(混入)、注意喚起表記のアレルゲン等の微量での発症の危険がある場合は、弁当対応を基本とする。
- ⑫ アレルゲンが多品目になる、揚げ油が共有できない場合など、アレルギー症状が重く安全管理に不安がある場合は、弁当対応を基本とする。
- ⑬ 児童生徒自身がアレルゲンとなる食品を自己除去する対応は不可とする。単品(果物・ゼリーなどのデザート類等)も無配膳対応とする。

食物アレルギーに関する調査票

提出日 年 月 日

学校名（園名）

年 組 番 氏名 保護者氏名

各質問について、該当する項目に○を記入してください。

問1 現在、食物アレルギーはありますか。

- () ある → 「ある」に記入された場合、問2以下の質問にお答えください。
- () 過去にあったが現在は → 調査終了です。このまま調査票を提出してください。
- () ない → 調査終了です。このまま調査票を提出してください。

問2 学校給食での食物アレルギー管理を希望しますか。

- () 希望する → 「希望する」に記入された場合、問3以下の質問にお答えください。
- () 希望しない → 調査終了です。このまま調査票を提出してください。

希望する場合は学校生活管理指導表、食物アレルギー対応申請書等をご提出いただいたうえで、面談を実施します。

※希望しない場合、学校給食での食物アレルギー対応は一切できませんので、ご承知おきください。

問3 食物アレルギーの原因となる食品は何ですか。また、今までどのような症状が出ましたか。

あてはまる症状を下記から選び、番号を記入してください。

⑧その他の場合は、症状もお書きください。

アレルゲン	症 状	発症確認時期
(例) 卵	① ②	4歳 2か月頃(食後 5分)
		歳 か月頃(食後 分)
		歳 か月頃(食後 分)
		歳 か月頃(食後 分)
		歳 か月頃(食後 分)
		歳 か月頃(食後 分)
		歳 か月頃(食後 分)

- ①じんましん、かゆみ、むくみなどの皮膚症状
- ②眼がかゆくなったり、まぶたが腫れたりするなどの粘膜症状
- ③くしゃみ、鼻汁、鼻がつまる
- ④口の中やのどの違和感や腫れ、のどのかゆみ、イガイガ感
- ⑤腹痛や嘔吐、下痢
- ⑥のどの締め付けられる感じや呼吸がしづらいなどの呼吸器症状
- ⑦アナフィラキシーショック ※
- ⑧その他

※アナフィラキシーショック

皮膚症状と呼吸器症状等、複数の臓器に重症のアレルギー症状が同時に現れる状態を「アナフィラキシー」と呼び、これに、ショック症状（血圧の低下若しくはそれに準ずる状態）を伴うことを「アナフィラキシーショック」といいます。

※裏面もお答えください

年 月 日

年 組 さん
保護者 様豊山町教育委員会事務局
豊山町立〇〇学校

食物アレルギー対応に関する必要書類について（お願い）

日頃は、本校教育活動に格別のご理解とご協力を賜りまして、心より感謝申し上げます。

さて、学校給食での食物アレルギー対応をご希望されましたので、必要書類を以下のとおり配布します。書類が整いましたら、別途お知らせします面談日までにご提出いただきますよう、よろしくお願いたします。

記

1 配布書類

- ・ 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）（様式第4）
- ・ 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）（記入例）
- ・ 食物アレルギー対応申請書（様式第5）
- ・ 家庭における除去申告書（保護者記入用）（様式第6）
- ・ 緊急時個別対応マニュアル（様式第7）・・・点線内をご記入ください。
- ・ 緊急時に備えた処方薬に関する指示書及び依頼書（様式第8）

※様式第8は該当者のみ提出してください。

※様式第4と8は医師の診断に基づき記入するものです。作成の経費については保護者負担となりますのでご了承ください。

※様式第4は、成長とともに改善されるケースが多いことから、専門医への受診もご検討ください。

備考 この件に関してのお問い合わせは、下記連絡先へお願いいたします。

（連絡先 〇〇 学校 Tel ー 担当：〇〇 ）

【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。

病型・治療		学校生活上の留意点		★保護者								
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 (食品名: _____)) 2. 口腔アレルギー症候群 (食品名: _____)) 3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー (食品名: _____))	A 給食 1. 管理不要 (食品名: _____)) 2. 管理必要 (食品名: _____)) B 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 (食品名: _____)) 2. 管理必要 (食品名: _____)) C 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 (食品名: _____)) 2. 管理必要 (食品名: _____)) D 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 (食品名: _____)) 2. 管理必要 (食品名: _____)) 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、当該原因食物に対する重篤なアレルギーがあることを意味するため、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		電話: _____ ★連絡医療機関 医療機関名: _____ 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 (_____))	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、当該原因食物に対する重篤なアレルギーがあることを意味するため、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 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ (印) 医療機関名 _____								
	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 《 _____ 》 [除去根拠] 該当するものを《 》内に記載 2. 牛乳・乳製品 《 _____ 》 ① 明らかな症状の既往 ② 食物経口負荷試験陽性 3. 小麦 《 _____ 》 ③ IgE抗体等検査結果陽性 ④ 未摂取 4. ソバ 《 _____ 》 ()に具体的な食品名を記載 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 《 _____ 》 (_____))	F その他の配慮・管理事項(自由記述) <input type="checkbox"/> 口腔アレルギーの症状があり、生では食べられないが、生以外なら食べられる (食品名: _____)) ※野菜、果物類に限る。										
	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 (_____))	F その他の配慮・管理事項(自由記述) <input type="checkbox"/> 口腔アレルギーの症状があり、生では食べられないが、生以外なら食べられる (食品名: _____)) ※野菜、果物類に限る。		電話: _____ ★連絡医療機関 医療機関名: _____ 電話: _____								
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: _____							
	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		緊急時連絡先 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ (印) 医療機関名 _____							
	B-1 長期管理薬(吸入)		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									
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">薬剤名</th> <th style="width: 40%;">投与量/日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ステロイド吸入薬 (_____) (_____)</td> <td>(_____) (_____)</td> </tr> <tr> <td>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 (_____) (_____)</td> <td>(_____) (_____)</td> </tr> <tr> <td>3. その他 (_____) (_____)</td> <td>(_____) (_____)</td> </tr> </tbody> </table>		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 (_____) (_____)	(_____) (_____)	C 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要	
	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 (_____) (_____)	(_____) (_____)											
B-2 長期管理薬(内服)		D その他の配慮・管理事項(自由記述)		電話: _____								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">薬剤名</th> <th style="width: 40%;">投与量/日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 (_____) (_____)</td> <td>(_____) (_____)</td> </tr> <tr> <td>2. その他 (_____) (_____)</td> <td>(_____) (_____)</td> </tr> </tbody> </table>		薬剤名	投与量/日			1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 (_____) (_____)	(_____) (_____)	2. その他 (_____) (_____)	(_____) (_____)	C 発作時の対応		
薬剤名	投与量/日											
1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 (_____) (_____)	(_____) (_____)											
2. その他 (_____) (_____)	(_____) (_____)											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">薬剤名</th> <th style="width: 40%;">投与量/日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ベータ刺激薬吸入 (_____) (_____)</td> <td>(_____) (_____)</td> </tr> <tr> <td>2. ベータ刺激薬内服 (_____) (_____)</td> <td>(_____) (_____)</td> </tr> </tbody> </table>		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 (_____) (_____)	(_____) (_____)	D その他の配慮・管理事項(自由記述)		電話: _____		
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 (_____) (_____)	(_____) (_____)											

【裏】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

アトピー性皮膚炎 (あり・なし)	病型・治療	学校生活上の留意点	記載日
	<p>A 重症度のめやす(厚生労働科学研究班) 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) 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、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</p> <p>B-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 ()</p> <p>B-2 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他 []</p> <p>B-3 常用する注射薬 1. 生物学的製剤</p>	<p>A プ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</p> <p>B 動物との接触 1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>C 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>D その他の配慮・管理事項(自由記述)</p>	_____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ _____ 医療機関名 _____
アレルギー性結膜炎 (あり・なし)	病型・治療	学校生活上の留意点	記載日
	<p>A 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 ()</p> <p>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 ()</p>	<p>A プール指導 1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>B 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>C その他の配慮・管理事項(自由記載)</p>	_____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ _____ 医療機関名 _____
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)	病型・治療	学校生活上の留意点	記載日
	<p>A 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</p> <p>B 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 ()</p>	<p>A 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>B その他の配慮・管理事項(自由記載)</p>	_____ 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 _____

【食物アレルギーがあり、併せて生の野菜や果物に口腔アレルギーがある方】

症状例：えび、りんごは、食べると症状がでる。えびは、即時型アレルギー、りんごは、加熱すれば食べられるので口腔アレルギーと診断。卵は、IgE抗体検査では陽性だが、普段からなんでも食べており、食べても症状はでないため、給食では管理する必要がないと診断。

除去根拠が「3」のみの場合については、除去が必要かどうかを確認し、学校生活上の留意点に「管理不要」か「管理必要」かを明記してください。また、原因食物を下に記入してください。

記入例①

様式第4
月 日

病型・治療		学校生活上の留意点		★保護者
アナフィラキシー (あり・なし) 食物アレルギー (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 (食品名: えび、りんご) 2. 口腔アレルギー症候群 (食品名: りんご) 3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー (食品名:)	学校生活上の留意点 A 給食 1. 管理不要 鶏卵 2. 管理必要 えび、りんご (食品名:) (食品名: えび、りんご) B 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 鶏卵 2. 管理必要 えび、りんご (食品名:) (食品名: えび、りんご) C 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 鶏卵 2. 管理必要 えび、りんご (食品名:) (食品名: えび、りんご)	緊急時連絡先 ★保護者 電話: 〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇 ★連絡医療機関 医療機関名: 〇〇医院 電話: 〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	
	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 ()	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 ※本欄に〇がついた場合、当該原因食物に対する重篤なアレルギーがあることを意味するため、給食対応が困難な場合があります。 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 F その他の配慮・管理事項(自由記述) <input checked="" type="checkbox"/> 口腔アレルギーの症状があり、生では食べられないが、生以外なら食べられる(食品名: りんご) ※野菜、果物類に限る。		
	C 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に〇をし、かつ《 》内に除去根拠を記載 1. 鶏卵 《 3 》 [除去根拠] 該当するものを全て《 》内に記載 ① 明らかな症状の既往 ② 食物経口負荷試験陽性 3. 小麦 《 》 ③ IgE抗体等検査結果陽性 ④ 未摂取 4. ソバ 《 》 ()に具体的な食品名を記載 5. ピーナッツ 《 》 () 6. 甲殻類 《 1, 3 》 (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 《 1, 3 》 (りんご) 9. 魚類 《 》 () 10. 肉類 《 》 () 11. その他1 《 》 () 12. その他2 《 》 ()			
	D 緊急時に備えた処置方法 1. 内服薬(抗ヒスタミン薬、) 2. アドレナリン自己注射薬 3. その他 ()			
気管支ぜん息 (あり・なし)	A 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良	学校生活上の留意点 A 運動(体育・部活動等)	★保護者 電話:	
	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-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 () ()			
	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 () ()		医療機関名	

原因食物を横に記入してください。

本欄に〇がついた場合は、当該原因食物に対する重篤なアレルギーがあることを意味するため、給食提供が困難となる場合がありますのでご注意ください。

果物、魚類、種実類などは、ひとくりに考えず、「りんご」、「みかん」などの食品名を個別に記入してください。

口腔アレルギーの症状があり、生以外であれば食べられる場合は、「学校生活上の留意点」の欄で「管理必要」に〇を付け、食品名を記載したうえで、「F その他の配慮・管理事項(自由記述)」の欄に☑をして、食品名を記載してください。
※ただし、野菜、果物類に限ります。

【生卵のみにアレルギーがある方】

症状例：卵は、IgE抗体検査では陽性で、生卵を食べると蕁麻疹のような症状が出る。ただし、加熱した卵であれば、ゆで卵も目玉焼きも1個以上食べることができる。給食では生卵は提供されないため、学校給食では管理をする必要が無いが、食材を扱う授業や宿泊を伴う校外活動では生卵に触れる可能性があるため、管理が必要であると診断。

除去が必要かどうかを確認し、学校生活上の留意点に「管理不要」か「管理必要」かを明記してください。また、原因食物を下に記入してください。

記入例②

様式第4
月 日

病型・治療		学校生活上の留意点		★保護者	
アナフィラキシー (あり)	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)	A 給食		★連絡医療機関	
	1. 即時型 (食品名: 生卵)	1. 管理不要 (食品名: 鶏卵)	2. 管理必要 (食品名:)	医療機関名:	
	2. 口腔アレルギー症候群 (食品名:)	B 食物・食材を扱う授業・活動		電話: 〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	
アナフィラキシー (なし)	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. 管理不要 (食品名:)	2. 管理必要 (食品名: 生卵)	★連絡医療機関	
	1. 食物 (原因)	C 運動(体育・部活動等)		医療機関名:	
	2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	1. 管理不要 (食品名: 鶏卵)	2. 管理必要 (食品名:)	電話: 〇〇医院	
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	D 宿泊を伴う校外活動		電話: 〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	
	1. 鶏卵 《 1, 3 》 [除去根拠] 該当するものを全て《 》内に記載	1. 管理不要 (食品名:)	2. 管理必要 (食品名: 生卵)	記載日	
	2. 牛乳・乳製品 《 》 ① 明らかな症状の既往 ② 食物経口負荷試験陽性	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		〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
	3. 小麦 《 》 ③ IgE抗体等検査結果陽性 ④ 未摂取	※本欄に○がついた場合、当該原因食物に対する重篤なアレルギーがあることを意味するため、給食対応が困難となる場合があります。		医師名	
	4. ソバ 《 》 ()に具体的な食品名を記載	鶏卵: 卵殻カルシウム		医療機関名	
	5. ピーナッツ 《 》	牛乳: 乳糖・乳清焼成カルシウム			
	6. 甲殻類 《 》 (すべて・エビ・カニ)	小麦: 醤油・酢・味噌			
	7. 木の实類 《 》 (すべて・クルミ・カシュー・アーモンド)	大豆: 大豆油・醤油・味噌			
	8. 果物類 《 》	ゴマ: ゴマ油			
	9. 魚類 《 》	魚類: かつおだし・いりこだし・魚醤			
	10. 肉類 《 》	肉類: エキス			
11. その他1 《 》	F その他の配慮・管理事項(自由記述)				

加熱卵を食べることが可能な場合は「鶏卵」ではなく、「生卵」と記載してください。

・豊山町の学校給食では、生卵（生卵を使用したマヨネーズ、アイスクリーム等を含む）を提供しません。 ※授業や校外活動では、生卵に触れる可能性があります。

・加熱卵を問題なく食べることができ、生卵のみにアレルギー症状がある場合は、「学校生活上の留意点」に

A 給食：管理不要「鶏卵」

B 食物・食材を扱う授業・活動：管理必要「生卵」

C 運動（体育・部活動等）：管理不要「鶏卵」

D 宿泊を伴う校外活動：管理必要「生卵」

のように記載してください。

食物アレルギー対応申請書（新規・継続）

（新入学・転入・在学中）

提出日 年 月 日

学校長 様

保護者氏名

ふりがな 児童生徒氏名	生年月日	年	月	日
性別	男・女	学年・学級	年	組
住所	〒 電 話 () - F A X () -			

- 食物アレルギー対応について、下記の必要書類を添えて申請します。
 - ・学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）（様式第4）※必須
 - ・家庭における除去申告書（保護者記入用）（様式第6）
 - ・緊急時個別対応マニュアル（様式第7）
 - ・緊急時に備えた処方薬に関する指示書及び依頼書（様式第8）※該当者のみ
- 食物アレルギーに関して、学校で次の対応を希望します。（該当する箇所を☑してください。）
 - エピペン®の所持
 - 学校給食（給食の時間及び弁当）
 - その他希望する事柄（ ）
- 学校での食物アレルギー対応に当たっては、下記のことを理解して同意します。（下記の全ての項目を確認の上、☑してください。）
 - この申請書及び食物アレルギー対応の内容は、学校の全教職員及び関係機関等で共有されること。
 - 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）（様式第4）の記載内容について、学校から主治医に直接確認する場合があること。
 - 申請内容は審査の結果により全てが実現されるとは限らず、食物アレルギー対応については、面談を行った上で食物アレルギー対応に関する「校内委員会」で決定され、町教育委員会で承認されること。
 - 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。
 - 学校給食の対応において、栄養・献立面で不足が生じる可能性があること。
 - 学校給食の対応において、栄養・献立面に不足が生じ、一部弁当持参が必要な場合があること。
 - 学校給食を安全に提供することが困難な場合は、完全弁当(毎日)持参となる場合があること。
 - アレルゲンの微量混入（コンタミネーション）の可能性が完全に削除できないこと。
 - 安全性を最優先するため、アレルゲンの量やアレルギー症状の程度による個別対応は行わないこと。
 - 食器や調理器具等の洗浄は、他の食器等と一緒にすること。

- これまでの対応を記入してください。（新規で申請される方のみ記載してください）

園・学校名	(学校)給食対応	有・無・毎日弁当
対応内容	(給食について) (緊急時の対応について)	

食物アレルギー対応解除申請書

提出日 年 月 日

学校長 様

児童生徒氏名		生年月日	年 月 日
性 別	男 ・ 女	学年・学級	年 組
住 所	〒 電 話 () - F A X () -		

本児童生徒は、学校生活管理指導表により除去していた(食品名: _____) 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ていませんので、学校給食における除去解除をお願いします。

保護者氏名 _____

以下は、医師が記載してください。

	記載日	年 月 日
医療機関名	_____	
医 師 名	_____ (印)	

家庭における除去申告書 (保護者記入用)

この資料は、家庭で除去されているものを確認して、学校における食物アレルギー対応の参考とします。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構いません。

卵

食品区分	食品リスト	○ ×
4	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)	()
3	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、カスタードクリーム など)	()
2	加熱した卵白が相当量含まれる食品 (プリン、茶碗蒸し、卵とじ、玉子スープ など)	()
	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)	()
1	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)	()
1	全卵を極めて微量に含む食品 (一部の食パン、天ぷら粉、麺類のつなぎ)	()

牛乳・乳製品

食品区分	食品リスト	○ ×
4	生の牛乳、牛乳を主原料とした食品 (牛乳、調整粉乳、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)	()
3	牛乳が相当量含まれる食品 (プリン、パバロア、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材料として用いた食品	()
2	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 (一部のハム、ソーセージ など)	()
1	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	()

小麦・麦製品

食品区分	食品リスト	○ ×
3	小麦を主成分とした食品 (パン、うどん、パスタ、中華麺、麩、ケーキ など)	()
2	小麦を少量使用した食品 (肉・練り製品のつなぎ、カレーなどのルー、フライや天ぷらの衣、麦ごはんなど)	()
1	味噌、しょうゆ、酢	()

豊山町立 学校 年 組 氏名

記入日 年 月 日 保護者氏名

肉類

食品区分	食品リスト	○ ×
2	肉そのもの(牛肉、鶏肉、豚肉 など)	()
1	肉・骨などを使用したスープ(コンソメ、ルー など)	()

魚介類・甲殻類

食品区分	食品リスト	○ ×
2	甲殻類・魚そのもの (えび、かに、いか、魚、貝 など)	()
1	魚介類を使用したスープなど (だし、ソースの一部 など)	()
その他	魚卵 (子持ちししゃも、たらこ など)	()
備考(×な魚介類を列記)		

大豆・大豆加工品および豆類

食品区分	食品リスト	○ ×
3	大豆、枝豆、おから	()
2	豆乳、豆腐、厚揚げ、油揚げ、がんもどき など	()
	納豆、きな粉、またその加工品	()
	市販植物油のほとんど (大豆油、天ぷら油、サラダ油など)	()
1	マーガリン、ルー	()
	豆類(あずき、もやし、インゲン豆、グリーンピース など)	()
	味噌、しょうゆ など	()

その他 : ×の食材をチェックして、具体的な品名を列記して下さい。

□野菜 □果物 □そば □米 □ナッツ類 □ごま □その他

緊急時個別対応マニュアル

年 組 男・女 氏名 生年月日 年 月 日

●アレルゲン食品()

●緊急時薬〈保管場所〉 ※保管場所は学校と相談して記入

分類	薬剤名	使うべき症状	使い方
抗ヒスタミン薬		じんましん・かゆみ・紅斑	内服
ステロイド		症状が続くとき	内服
気管支拡張薬		咳・ゼイゼイ・息苦しさ	内服・吸入

●エピペン ※保管場所は学校と相談して記入

あり〈保管場所〉 ・ 保護者所持 ・ 処方なし

●連絡先

保護者	TEL () - 氏名 (続柄)
	TEL () - 氏名 (続柄)
医療機関	TEL () - 病院名 (医師)
	TEL () - 病院名 (医師)

全身

- ぐったり
 - 意識もうろう
 - 尿や便をもらす
 - 脈をふれにくい、不規則
 - 唇や爪が青白い
- (時 分)

症状チェック!

時 分

- | | |
|-------------------------------|---------------------------|
| ①体温 _____℃ | 平常時 _____℃ |
| ②脈 _____回/分(不正 有・無) | _____回/分(不正 有・無) |
| ③呼吸数 _____回/分 | _____回/分 |
| ④血圧 最高 _____ / _____ 最低 _____ | 最高 _____ / _____ 最低 _____ |

呼吸器

- のどや胸のしめつけ感
 - 声がかすれる
 - 犬が吠えるような咳
 - 息がしにくい
 - 持続する強いせき込み
 - ゼーゼーする呼吸
- (時 分)

- 数回の軽い咳
- (時 分)

児童生徒の
顔写真

消化器

- 持続する強い(我慢できない)おなかの痛み
 - 繰り返し吐き続ける
- (時 分)

- 中等度のおなかの痛み
 - 1~2回のおう吐
 - 1~2回の下痢
- (時 分)

- 軽いおなかの痛み (我慢できる)
 - 吐き気
- (時 分)

顔

上記の症状が
1つでもあてはまる場合

- 顔全体の腫れ
 - まぶたの腫れ
- (時 分)

- 目のかゆみ・充血
 - の中の違和感・腫れ
 - くしゃみ・鼻水・鼻づまり
- (時 分)

皮膚

- 強いかゆみ
 - 全身に広がるじんましん
 - 全身が真っ赤
- (時 分)

- 軽度のかゆみ
 - 数個のじんましん
 - 部分的な赤み
- (時 分)

- 1つでもあてはまる場合
- ① エピペン使用
 - ② 救急車要請
 - ③ ショック体位
 - ④ 心肺停止? → 心肺蘇生・AED
 - ⑤ 保護者に連絡

- 1つでもあてはまる場合
- ① 保健室へ運ぶ(歩かせない)
 - ② 緊急時薬使用
 - ③ エピペン準備
 - ④ 医療機関へ(救急車考慮)
 - ⑤ 保護者に連絡

- 1つでもあてはまる場合
- ① 保健室で経過観察
 - ② 緊急時薬使用
 - ③ 保護者に連絡

食物アレルギー緊急時対応マニュアル

記載者:

緊急時対応経過記録表

- ◆ 症状は急激に変化することがあるため、5分ごとに、注意深く観察する。安静体位をとる。
- ◆ 内の症状が1つでも当てはまる場合、エピペンを使用する。(内服薬後のエピペン使用可)

年 組 氏名			
誤食・発症時刻	年 月 日	【誤食】 時 分	【発症】 時 分
食べたもの・量			
初期処置確認	初期処置	<input type="checkbox"/> 口の中のものを取り除く <input type="checkbox"/> うがいをする <input type="checkbox"/> 触れた部位を洗い流す	
	緊急時に備えた処方薬の有無	内服薬 (あり ・ なし) エピペン (あり ・ なし)	
	連絡確認	<input type="checkbox"/> 保護者への確認 (時 分)	
緊急性が高い 症状の確認	全身	呼吸器	消化器
	<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"/> 唇や爪が白い	<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"/> 犬が吠えるような咳 <input type="checkbox"/> 息がしにくい <input type="checkbox"/> 持続する強い咳こみ <input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸	<input type="checkbox"/> 持続する強い(我慢できない)お腹の痛み <input type="checkbox"/> 繰り返し吐き続ける
	1つでも当てはまる場合 → 緊急性あり ない場合 → 緊急性なし		

緊急性ありの場合：その場で安静を保つ(立たせたり、歩かせたりしない)。※トイレはその場に対応

処置	時刻	担当者	備考(状態の記録など)
<input type="checkbox"/> エピペンを使用する			
<input type="checkbox"/> 救急車の要請(119番通報)			
<input type="checkbox"/> 可能なら内服薬を飲ませる			
<input type="checkbox"/> AED準備			
<input type="checkbox"/> 反応がなし、呼吸なし⇒心肺蘇生・AED			
<input type="checkbox"/> 救急車到着時刻記録・搬送先確認			

緊急性なしの場合

処置	時刻	担当者	備考(状態の記録など)
<input type="checkbox"/> 保護者へ連絡する			
<input type="checkbox"/> 内服薬を飲ませる			
<input type="checkbox"/> エピペンを準備する			
<input type="checkbox"/> 安静にできる場所へ移動させる			
<input type="checkbox"/> 速やかに医療機関受診(救急車)判断 <input type="checkbox"/> 5分ごとの症状の観察を行う	→ 裏面の「症状チェックシート」にて確認する (少なくとも1時間は安静にし、観察を続ける)		

時刻	担当者	症状など	時刻	担当者	症状など

緊急時に備えた処方薬に関する指示書及び依頼書

ふりがな 児童生徒	男 女	生年月日	年 月 日生
--------------	--------	------	--------

<指示書>

診 断 名	
除去が必要な食品名	
アナフィラキシー 発 症 状 況	<input type="checkbox"/> 最初の発症年月日 平成・令和 年 月 日(食品名)
	<input type="checkbox"/> 最後の発症年月日 平成・令和 年 月 日(食品名)
	<input type="checkbox"/> 発症時の具体的な症状
緊急時に備えた 処 方 薬	<input type="checkbox"/> 内服薬 使用するタイミング () →
<保管場所> ※学校と相談して記入 ●内服薬 () ●エピペン® ()	() →
	() →
	<input type="checkbox"/> アドレナリン自己注射薬 使用するタイミング [エピペン® mg] →
救急車を要請する 目 安	
学校生活上の留意事項	

年 月 日

医療機関名

主治医氏名

㊦

<依頼書>

〇〇〇学校長 宛

上記の処方薬について、在校時間中の管理及びアレルギー症状出現時(緊急時)における主治医の指示通りの対応を依頼いたします。

年 月 日

保護者氏名

年 月 日

年 組 さん

保護者様

豊山町教育委員会事務局
豊山町立〇〇学校

食物アレルギー面談の日程について

日頃は、本校教育活動に格別のご理解とご協力を賜りまして、心より感謝申し上げます。

さて、学校給食での食物アレルギー対応をご希望されましたので、下記のとおり面談の日程を決定いたしました。面談時間までに本校にお越しいただきますようお願いいたします。また、下記必要書類について、まだご提出いただいていない場合は、面談当日までにお持ちいただきますようよろしくお願い致します。

月 日 () 時間 : ~

必要書類

- ・「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」（様式第4）
- ・「食物アレルギー対応申請書」（様式第5）
- ・「家庭における除去申告書（保護者記入用）」（様式第6）
- ・「緊急時個別対応マニュアル」（様式第7）・・・点線内をご記入ください。
- ・「緊急時に備えた処方薬に関する指示書及び依頼書」（様式第8）※該当者のみ

備考 この件に関してのお問い合わせは、下記連絡先へお願いいたします。

（連絡先 〇〇 学校 Tel - 担当：〇〇 ）



面談記録票（個人調査票）

学校	年 組	ふりがな 氏 名	男・女	実施日	年 月 日
出席者	保護者氏名（ ） 校長、教頭、学級担任、養護教諭、栄養教諭・学校栄養職員、その他 （ ）				
アレルギー	具体的な食品名等	特記事項を※番号で記入			症状確認時期
		診断根拠	摂取時に 現れた症状	希望する対応	
1					歳 か月頃 食後()分
2					歳 か月頃 食後()分
3					歳 か月頃 食後()分
4					歳 か月頃 食後()分
5					歳 か月頃 食後()分
6					歳 か月頃 食後()分
7					歳 か月頃 食後()分
※ 特 記 事 項					
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			
	④	未摂取			
摂取 時に 現 れ た 症 状	①	発赤、じんましん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、ぜん鳴など呼吸器症状			
	⑤	腹痛、嘔吐など消化器症状			
	⑥	アナフィラキシーショック症状			
	⑦	その他()			
希望 する 対 応	①	エピペン®の管理			
	②	学校給食:ア 無配膳対応、イ 除去食提供対応、ウ 一部弁当持参、エ 完全弁当持参			
	③	食品を扱う授業・活動			
	④	体育・部活動等の運動を伴う授業や活動			
	⑤	校外活動(宿泊を伴う校外活動を含む)			
	⑥	その他注意事項			

過去の発作事例と症状			
歳	か月頃、原因食品（ ）	処置・対応（ ）、ショック症状（有・無）	
歳	か月頃、原因食品（ ）	処置・対応（ ）、ショック症状（有・無）	
歳	か月頃、原因食品（ ）	処置・対応（ ）、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 有・無	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 有・無	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 有・無	薬名（ ）学校に携帯希望（ する ・ しない ） 管理方法・投与方法（ ）
		エピペン® 有・無	薬名（ ）学校に携帯希望（ する ・ しない ） 管理方法・投与方法（ ）
食事と運動の関係（ 有 ・ 無 ）			
有の時の留意点			
学校生活上の留意点	学校給食（当番、白衣等）		
	食品を扱う授業・活動		
	運動（体育・部活動等）		
	遠足・職場体験等		
	校外活動（宿泊を含む）		
	その他の配慮・管理事項		
学校給食の対応	面談時、確認した内容		
	詳細献立表の連絡方法		
	学校給食食物アレルギー 対応確認表の連絡方法		
	献立変更時の連絡方法		
	弁当の保管方法		
	その他		
保護者の要望等			

食物アレルギー個別の取組プラン

取組プラン決定日 年 月 日

食物アレルギー対応の実施にあたり、下記 1～3 について同意します。

保護者氏名

- 「個別の取組プラン」(様式第 1 1)「緊急時個別対応マニュアル」(様式第 7)の内容に基づいて学校での対応を行うこと。
- 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、「個別の取組プラン」(様式第 1 1)及び「緊急時個別対応マニュアル」(様式第 7)の内容を全ての教職員で共有すること。
- 他の児童生徒の理解と協力を得るために、食物アレルギー対応の内容を学級で説明すること。

年 組 番		性別	男・女	ふりがな 児童生徒 氏 名	体重 kg
保護者氏名		生年月日		年 月 日 (歳)	
自 宅	電話番号	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:		
	F A X 番号		② (携帯・勤務先・その他) (続柄) ※連絡先の名称等:		
			③ (携帯・勤務先・その他) (続柄) ※連絡先の名称等:		
			④ (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	医療機関 () 主治医 () 電話番号				
食 物 ア レ ル ギ ー 病 型	即時型	有・無	原因食品:		
	口腔アレルギー症候群	有・無	原因食品:		
	食物依存性運動誘発アナフィラキシー	有・無	原因食品:		
シ ア ナ フ イ ラ キ シ ー 病 型 既 往 キ	食物によるアナフィラキシー	有・無	原因食品:		
	食物依存性運動誘発アナフィラキシー	有・無	原因食品:		
	その他	有・無	原因食品:		
原因食品と具 体的な症状、 処置や対応 (直近のもの から記入)	時期	原因食品	症 状	処置・対応	アナフィラキ シーショック
	歳 か月頃				有・無
	歳 か月頃				有・無
	歳 か月頃				有・無
	歳 か月頃				有・無
	歳 か月頃				有・無

発作時の対応	発作時の対応手順		
	治療薬	内服薬 有 ・ 無	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 有 ・ 無	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 有 ・ 無	薬名 () 学校に携帯希望 (する・しない) 管理方法・投与方法 ()
		エピペン® 有 ・ 無	薬名 () 学校に携帯希望 (する・しない) 管理方法・投与方法 ()
学校生活上の留意点	対 応 内 容		
	学校給食 (当番、白衣等)		
	食品を扱う授業・活動		
	運動 (体育・部活動等)		
	遠足・職場体験等		
	校外活動 (宿泊を含む)		
	その他の配慮・管理事項		
学校給食の対応	対 応 内 容		
	詳細献立表の連絡方法		
	無配膳対応の対象となるアレルゲン		
	除去食提供対応の対象となるアレルゲン		
	弁当持参の有無等と保管方法		
	有 ・ 無	学校給食食物アレルギー対応確認表の連絡方法	
		献立変更時の連絡方法	
	その他		
その他・特記事項			

記入例

様式第 1 1

食物アレルギー個別の取組プラン

取組プラン決定日 年 月 日

食物アレルギー対応の実施にあたり、下記 1～3 について同意します。

保護者氏名

- 「個別の取組プラン」（様式第 1 1）「緊急時個別対応マニュアル」（様式第 7）の内容に基づいて学校での対応を行うこと。
- 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、「個別の取組プラン」（様式第 1 1）及び「緊急時個別対応マニュアル」（様式第 7）の内容を全ての教職員で共有すること。
- 他の児童生徒の理解と協力を得るために、食物アレルギー対応の内容を学級で説明すること。

健康診断時の
体重

年	組	番	性別	男・女	ふりがな 児童生徒 氏 名	体重 kg
保護者氏名			生年月日	年 月 日 (歳)		
自 宅	電話 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:			
	F A X 番号		② (携帯・勤務先・その他) (続柄) ※連絡先の名称等:			
			③ (携帯・勤務先・その他) (続柄) ※連絡先の名称等:			
			④ (携帯・勤務先・その他) (続柄) ※連絡先の名称等:			
保 護 者 所 住	〒					
主 治 医	医療機関 () 主治医 () 電話番号					
食 物 ア レ ル ギ ー 病 型	即時型	有・無	原因食品:			
	口腔アレルギー症候群	有・無	原因食品:			
	食物依存性運動誘発アナフィラキシー	有・無	原因食品:			
シ ア ナ フ イ ラ キ シ ー 病 型 既 往 キ	食物によるアナフィラキシー	有・無	原因食品:			
	食物依存性運動誘発アナフィラキシー	有・無	原因食品:			
	その他	有・無	原因食品:			
原因食品と具 体的な症状、 処置や対応 (直近のもの から記入)	時期	原因食品	症 状		処置・対応	アナフィラキ シーショック
	歳 か月頃					有・無
	歳 か月頃					有・無
	歳 か月頃					有・無
	歳 か月頃					有・無
	歳 か月頃					有・無

発作時の対応	発作時の対応手順		
	治療薬	内服薬 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	薬名 () 学校に携帯希望 <input checked="" type="checkbox"/> する・しない 管理方法・投与方法 ()
		吸入薬 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	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 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	薬名 () 学校に携帯希望 (する・しない) 管理方法・投与方法 ()
		エピペン® 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	薬名 () 学校に携帯希望 (する・しない) 管理方法・投与方法 ()
学校生活上の留意点	対応内容		
	学校給食 (当番、白衣等)	特になし	
	食品を扱う授業・活動	調理実習等、食品を扱う授業・活動がある場合には事前に保護者に確認をする。	
	運動 (体育・部活動等)	特になし	
	遠足・職場体験等	飲食物の提供や食品を扱う活動がある場合は、事前に保護者に確認をする。	
	校外活動 (宿泊を含む)	活動中(宿泊行事中)の食事内容や食事以外で提供される食べ物について事前に資料を提供し保護者に確認をして頂く。	
	その他の配慮・管理事項		
学校給食の対応	対応内容		
	詳細献立表の連絡方法	月ごとにアレルギー対象食品使用献立一覧表を専用封筒に入れて保護者にお渡しをし確認をして頂く。	
	無配膳対応の対象となるアレルギー	卵	
	除去食提供対応の対象となるアレルギー	卵	
	弁当持参の有無等と保管方法	本人希望により、無配膳の場合でも弁当は持参しない方針、持参した場合は必要に応じて冷蔵庫に保管する。	
	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	学校給食食物アレルギー対応確認表の連絡方法	詳細献立表と一緒に封筒に入れてお渡しし、保護者に記入してもらう。栄養教諭が確認し、記入してもらった写しを家庭保管としコピーはファイルに綴り担任が教室で保管する。
	献立変更時の連絡方法	文書、又は電話にて連絡をする。	
その他	食物アレルギー対応マニュアルに基づき、卵成分の入ったものは全て除去食対応・無配膳対応とする。		
その他・特記事項			

年 月 日

豊山町教育委員会 様

豊山町立 学校長

○ ○ ○ ○

学校給食における食物アレルギー対応について(報告)

児童生徒の保護者から学校給食における食物アレルギー対応について申請があり、校内委員会において対応を検討しましたので、結果については別紙食物アレルギー個別の取組プランのとおり報告します。

記

1 添付書類

食物アレルギー個別の取組プラン（様式第11）

学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）（様式第4）の写し

2 対象児童生徒数

名

備考 この件に関してのお問い合わせは、下記連絡先へお願いいたします。

(連絡先 ○○ 学校 Tel — 担当：○○)

年 月 日

学校長 様

豊山町教育委員会

学校給食における食物アレルギー対応について(承認)

年 月 日付で報告のあった学校給食における食物アレルギー対応については、別紙食物アレルギー個別の取組プランのとおり承認します。

記

1 添付書類

食物アレルギー個別の取組プラン（様式第11）

2 対象児童生徒数

名

食物アレルギー対応におけるヒヤリハット報告書

様

年 月 日 時 分現在

学校名 (調理場名)	
校長名 (場長名)	

作成者 職・氏名		連絡先	— —
ヒヤリハット 事例報告者	職 名		氏 名
発生日時			
発生場所			
内 容 ※必要に応じて別紙提出			
再発防止 対応策 ※必要に応じて別紙提出			
その他 参考事項			

【報告を要するヒヤリハットの内容】

- ① 児童生徒の健康に被害があるおそれがあった場合
- ② 類似事例が多く発生することが考えられる場合
- ③ 事故防止を受けた今後の対応が、他校・他施設と共有したいものである場合

児童生徒の事故発生速報

豊山町教育委員会 殿

年 月 日 時 分現在

学校名	
校長名	

作成者 職・氏名			連絡先	— —	
児童生徒	ふりがな 氏名		性別		課程 学年
事故の種類			*「交通事故」「〇〇からの転落事故」等把握している状況を具体的に記載。		
傷害等の程度			*「〇〇による死亡」「〇〇による重傷」等把握している状況を具体的に記載。 *「重傷」は1ヶ月以上の治療見込み。		
発生日時			学校管理 下・管理外の 別		
発生場所					
事故の内容					
発生後の対応					
その他 参考事項					

【報告を要する事故の内容】

- | | |
|----------------------|------------------------|
| ① 本人が死亡またはそのおそれがある場合 | ② 相手に傷害を与えた場合 |
| ③ 本人が治療のため入院した場合 | ④ 本人の完治までおよそ1ヶ月以上要する場合 |
| ⑤ 本人が自殺または自殺を企図した場合 | ⑥ 事故が報道対象またはそのおそれがある場合 |
| ⑦ その他校長が報告を必要と判断した場合 | |

児童生徒の事故発生状況報告書

豊山町教育委員会 殿

年 月 日

学校名	
校長名	
連絡先	— —

児童生徒	ふりがな 氏名		性別		課程 学年	
	生年月日	年 月 日生 (歳)				
事故の種類						
傷害等の程度						
発生日時					時間帯*	
発生場所						
事故の内容	<p>〔原因・状況等について記載し、必要に応じて、図面を別に添付する。〕</p> <p>※交通事故の場合は、本人及び相手の交通手段・過失状況についても具体的に記載する。</p>					
発生後の対応						
その他 参考事項						

*「時間帯」…(教科名)授業中・放課中・部活動中・学校行事中・登下校中・登校前・下校後・休日等を記入する。

学校給食の事故報告書（速報）

報告日： 年 月 日（ ）

ふりがな 学 校 名		ふりがな 校長氏名	
ふりがな 報告者職・氏名		電話番号	
在 籍 数			
事 故 の 種 類	異物混入 異味・異臭 その他（ ）		
児 童 生 徒 等 の 被 害 状 況			
品 名	(1) 主食（ ） (2) 牛乳 (3) おかず等（ ）		
製 造 者 の 住 所 及 び 氏 名			
期 限 表 示 該当するものに○	賞味期限・消費期限	製造年月日	
事 故 の 概 要 等 *時系列で記入 *発見者・対応者等の 職・氏名を記入 *異物混入の場合は、 異物の大きさ等が 分かる写真等を添 付			

*児童生徒等に健康被害がある場合及び健康被害が生じるおそれがある場合は、保健所・県教育委員会へ速やかに連絡すること。

*報道発表等する場合は、保健所・県教育委員会へ事前に連絡すること。

*保護者あての文書がある場合は添付すること。

学校給食の事故報告書（終えん）

報告日： 年 月 日（ ）

ふりがな 学 校 名		ふりがな 校長氏名	
ふりがな 報告者職・氏名		電話番号	
在 籍 数			
事 故 の 種 類	異物混入 異味・異臭 その他（ ）		
児童生徒等の 被 害 状 況			
品 名	(1) 主食（ ）(2) 牛乳 (3) おかず等（ ）		
製造者の住所 及 び 氏 名			
期 限 表 示 該当するものに○	賞味期限・消費期限		製造年月日
事 故 の 内 容			
発 生 後 の 対 応 *時系列で記入 *対応者も記入			
再 発 防 止 対 策			

*調査報告書・改善報告書等がある場合は添付すること。

食物アレルギー緊急時対応マニュアル

5分以内に対応を行なう

発見者

- 子どもから離れず観察
- 助けを呼び、人を集める(大声または、他の子どもに呼びに行かせる)

呼びかけに対して反応がない、呼吸をしていない場合はただちに心肺蘇生を！！

- 意識状態の把握
- 症状の把握
- 経過の確認
- 食べたもの、量
- エピペンや内服薬の処方の有無

5分以内に確認

教職員・職員A「準備」

- 「食物アレルギー対応マニュアル」をもってくる
- 生活管理指導票などをもってくる
- エピペン®の準備
- AEDの準備
- 内服薬の準備

教職員・職員B「連絡」

- 管理者を呼ぶ
- 保護者へ連絡(管理者と相談)
- さらに人を呼ぶ
- 救急車を呼ぶ(119番)

校長【管理・監督】

- それぞれの役割の確認および指示
- 経過の把握と記録
- 教育委員会事務局への連絡・報告
- 保護者へ連絡

教育委員会事務局

- 報告を受け、指示

保護者

- 保護者への連絡(だれが、いつ、どうして、どうなった、今どうしてる)
- 症状により内服・エピペン®注射の実施許可確認

緊急性が高いアレルギー症状

全身の症状

- ぐったり
- 意識もうろう
- 尿や便を漏らす
- 脈が触れにくい・不規則
- 唇や爪が白い

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
- 息がしにくい
- 持続する強い咳きこみ
- ゼーゼーする呼吸

消化器の症状

- 持続する強い(がまんできない)お腹の痛み
- くり返し吐き続ける

☆1つでも当てはまれば緊急性が高いと判断されます

緊急性あり

できるだけ速やかに、同時進行を行なう

- ただちにエピペン®を使用
 - ① ケースから取り出し、しっかり“グー”で握る
 - ② 安全キャップを外す
 - ③ 太ももに注射する 太ももの外側に、エピペン®の先端(オレンジ色の部分)を軽く当て、カチッと音がするまで強く押し当て、そのまま5つ数える
 - ④ 確認する(オレンジ色のニードルカバーが伸びているか確認する)
 - ⑤ 打った部位を10秒間、マッサージする
- その場で安静を保つ(立たせたり、歩かせたりしない)
 - 基本体位**
仰向けに寝かせ足を15~30cm高くする
 - 吐き気やおう吐がある**
窒息を防ぐため、身体と顔を横に向ける
- 可能なら内服薬を飲ませる
- 救急車を要請する(119番)
☆あわてずゆっくり正確に情報を伝える
- ※救急隊からその後連絡が入る場合があるため、常につながるようにしておく。
- 救急車の誘導
・エピペンを渡す
・打った場合:誰が、いつ打ったか
・情報を伝える。(生活管理指導票などを利用)

緊急性なし → 安静にできる場所へ移動 ⇒ 経過観察(5分ごとに症状の確認)

下記の症状の場合は症状別に対応

<p>呼吸器の症状</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 数回の軽い咳 <input type="checkbox"/> 消化器の症状 <input type="checkbox"/> 中程度のお腹の痛み <input type="checkbox"/> 1~2回の嘔吐 <input type="checkbox"/> 1~2回の下痢 	<p>目・口・鼻・顔の症状</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ <input type="checkbox"/> まぶたの腫れ <p>皮膚の症状</p> <ul style="list-style-type: none"> <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 	<p>消化器の症状</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 軽い(がまんができる)お腹の痛み <input type="checkbox"/> 吐き気 <p>目・口・鼻・顔の症状</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 目のかゆみ <input type="checkbox"/> 口の中の違和感・唇の腫れ <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、鼻づまり <p>皮膚の症状</p> <ul style="list-style-type: none"> <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
---	--	---

速やかに医療機関を受診

- ① 内服薬を飲ませ、エピペン®を用意
- ② 速やかに医療機関を受診(救急要請も考慮)
- ③ 医療機関に到着するまで、少なくとも5分ごとに症状の変化を観察。緊急性が高いアレルギー症状が1つでも当てはまる場合、エピペン®を使用

安静にし注意深く経過観察


- ① 内服薬を飲ませる
- ② 少なくとも1時間は、5分ごとに症状の変化を観察し、症状の改善が認められない場合は医療機関を受診

少なくとも1時間は安静にし、観察を続ける

令和〇年度

〇月 学校給食食物アレルギー対応確認表

豊山町給食センター

月	火	水	木	金
<p>1日 乾燥小魚</p> <p>もやしとむき枝豆のあえもの <input checked="" type="checkbox"/> 春巻き <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>ごはん 春雨スープ</p>	<p>2日</p> <p>大豆の抹茶からめ <input checked="" type="checkbox"/> いわしのかば焼き <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>ごはん おとしこしの煮物</p>	<p>3日</p> <p>三色あえ <input checked="" type="checkbox"/> けんちゃん信田のあんかけ <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>ごはん 関東煮</p>	<p>4日</p> <p>みかん <input checked="" type="checkbox"/> カラフルソテー <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>カレーライス(ごはん)</p> <p>豊山町友好交流都市 北海道せたな町の米・じゃがいもを使用</p>	<p>5日 (小) コーヒー牛乳のもと <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> (小) クロロールパン <input checked="" type="checkbox"/> キャロットサラダ <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> (中) ココア揚げパン <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>鶏肉の牛乳煮 <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>★除去食提供 献立名: 鶏肉の牛乳煮 除去食希望: あり: なし</p> <p>★除去食提供なし 献立名: (小) クロロールパン (中) ココア揚げパン</p> <p>乳アレルギー除去食 対応者にはパンを提供しません</p>
メモ欄				
<p>8日</p> <p>肩してあえ <input checked="" type="checkbox"/> さばの香味焼き <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>ごはん 厚揚げのふきよせ</p>	<p>9日</p> <p>志水小のみ <input checked="" type="checkbox"/> メロン <input checked="" type="checkbox"/> 即席づけ <input checked="" type="checkbox"/> キャベツ入りメンチカツ <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>白玉うどん きつねうどん</p>	<p>10日</p> <p>新栄小のみ <input checked="" type="checkbox"/> メロン <input checked="" type="checkbox"/> 切り干し大根の炒めナムル <input checked="" type="checkbox"/> 肉団子2こ <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>中華飯(ごはん) <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>★除去食提供 献立名: 中華飯 除去食希望: あり: なし</p> <p>*他にアレルゲン(イカ)が入っているため、除去食希望なし</p>		<p>12日</p> <p>ひじきのごまあえ <input checked="" type="checkbox"/> 名古屋コーチンのみそからめ <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>ごはん 八杯汁</p>
メモ欄				
<p>15日</p> <p>チンゲンサイのあえもの <input checked="" type="checkbox"/> ちくわの磯辺揚げ小2 中3 <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>ごはん 肉じゃが</p>	<p>16日</p> <p>豊山小のみ <input checked="" type="checkbox"/> メロン <input checked="" type="checkbox"/> 白菜の甘酢あえ <input checked="" type="checkbox"/> えびしゅうまい小2 中3 <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>中華めん しょうゆラーメン</p>	<p>17日</p> <p>豊山中のみ <input checked="" type="checkbox"/> メロン <input checked="" type="checkbox"/> キャベツとコーンのソテー <input checked="" type="checkbox"/> オムレツ <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>ビーフシチュー(麦ごはん)</p> <p>★除去食提供なし 献立名: ミニオムレツ 卵アレルギー除去食 対応者にはミニオムレツを提供しません</p>	<p>18日</p> <p>じゃがいものホットサラダ <input checked="" type="checkbox"/> さわらの塩焼き <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>ごはん 呉汁</p>	<p>19日 (中) コーヒー牛乳のもと <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> フルーツヨーグルトあえ <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> (小) ココア揚げパン <input checked="" type="checkbox"/> (中) クロロールパン <input checked="" type="checkbox"/> 大根トマトサラダ <input checked="" type="checkbox"/> ワインナーとコーンのトマトソース <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>★除去食提供 献立名: フルーツのヨーグルトあえ 除去食希望: あり: なし</p> <p>★除去食提供なし 献立名: (小) ココア揚げパン (中) クロロールパン</p> <p>乳アレルギー除去食 対応者にはパンを提供しません</p>
メモ欄				
<p>22日</p> <p>もやしの中華あえ <input checked="" type="checkbox"/> ラーローンホ2こ <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>麦ごはん マーボー豆腐</p>		<p>24日</p> <p>もみりサラダ <input checked="" type="checkbox"/> さけのレモン焼き <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>ごはん すき焼き</p>	<p>25日</p> <p>干草あえ <input checked="" type="checkbox"/> コロッケ <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>ごはん 高野豆腐の卵とじ <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>★除去食提供 献立名: 高野豆腐の卵とじ 除去食希望: あり: なし</p>	<p>26日 ソース</p> <p>キャベツと小松菜のあえもの <input checked="" type="checkbox"/> 子持ちししゃもフライ 2個 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>ごはん 鉄火みそ</p>
メモ欄				

詳細献立表を確認し、アレルゲンを含む料理で、食べられないものに **X** をつけてください。アレルゲンを含む料理で、除去食を希望するものは で囲ってください。お弁当を持参する場合は、日付に をつけてください。

担任	保護者

* 物資の都合により献立を変更することがあります。 * メモ欄がたりない場合は、余白を使ってください。