

保護者様

玉野市教育委員会
 学校教育課長
 中学校区一貫教育校園 玉野市立 学校
 校長

食物アレルギーに関する調査票の提出について

玉野市では、食物アレルギーを有する児童生徒について、安全性を最優先として、アレルギー発症の未然防止と学校給食等における事故防止に努めております。

つきましては、個人ごとの状況を把握させていただくため、別添の「様式 1-2 食物アレルギーに関する調査票」を記入いただき、ご提出をお願いいたします。

記

1 玉野市学校給食等における食物アレルギー対応について

国の対応指針（「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）や、県の対応指針（「岡山県学校給食等における食物アレルギー対応方針」平成 28 年 3 月）に基づき、安全性確保のために、原因食物を「提供するかしないかの二者択一」、つまり、他の児童生徒と同じように提供するか完全除去かのどちらかの対応とします。

<食物アレルギー対応開始までの流れ>

時期		配付物
10 月～	① 食物アレルギーを有する児童生徒の把握 【全員】 ・「食物アレルギーに関する調査票」の配付回収	・様式 1、1-2
10～1 月	② アレルギーを有する児童生徒は学校生活管理指導表の提出 ・医師の診断を受けて「学校生活管理指導表」を 1 月末日までに学校へ提出する。 【該当者のみ】	・様式 2 ・様式 3 ・学校生活管理指導表 ・様式 4（資料） ・医療機関一覧
2～3 月	③ 保護者と学校との面談 ・対象児童生徒の保護者と学校関係者とで、症状等の確認を行う。	
3 月	④ 校内で対応についての検討 ⑤ 保護者と決定内容の共通理解 ・対応等について確認を行い、共通理解を図る。	
4 月	学校給食対応開始	

様式 1：「食物アレルギーに関する調査票の提出について」

様式 1-2：「食物アレルギーに関する調査票」

様式 2：「食物アレルギーに関わる書類の提出について（お願い）」（保護者あてのもの）

様式 3：「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）の記載について（お願い）」（主治医あてのもの）

様式 4（資料）：「学校生活管理指導表の記入について」

2 学校生活管理指導表の提出について

食物アレルギーを有する方については、給食だけでなく、食に関する学習活動を行う場合や宿泊行事などにおいても管理や配慮が必要となります。適切な対応をするため、食物アレルギーを有する方全員に、医師による「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」を提出していただくようになっておりますので、ご理解とご協力をよろしくお願いいたします。

「学校生活管理指導表」に基づいて食物アレルギー対応を行っています。食物アレルギー対応の開始だけでなく停止する際にも、「学校生活管理指導表」の提出が必要となります。

調査票提出期限 令和 年 月 日（ ）

食物アレルギーに関する調査票

記入日：令和 年 月 日

() 学年 () 組 児童生徒名 ()

保護者名 ()

保護者連絡先 ()

※ アレルギーについて問い合わせることがありますので、お尋ねできる方の連絡先を記入してください。

1 現在、食物アレルギーがありますか。

(※過去に症状があったが、現在制限なく摂取可能であれば、「ない」に○をしてください。)

(1) ある (2) ない (→「ない」場合、質問は以上です。)



(1) 「ある」と答えた人のみ、以下についてお答えください。

※食物アレルギーがある場合につきましては、給食だけでなく、食に関する学習活動を行う場合や宿泊行事などにおいても管理や配慮が必要となります。適切な対応をするため、医療機関を受診していただき、医師による「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」を学校へ提出してください。その後、アレルギー面談を受けていただくようになっておりますので、ご理解をよろしくお願いいたします。

2 食物アレルギーの原因となる食品名とその症状をご記入ください。

食品名	症状など	医療機関診断の有無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無

【診断・指導を受けている医療機関】

病院名	処方されている薬品名・指導内容

3 食後の運動によって、アレルギー症状が誘発されることがありますか。

(1) ある (2) ない

4 食物アレルギーに関して、学校に連絡しておきたいことがあれば記入してください。

[]

令和 年 月 日

保 護 者 様

玉野市教育委員会
学校教育課長
中学校区一貫教育校園 玉野市立 学校
校長

食物アレルギーに関わる書類の提出について（お願い）

教育活動について日頃よりご理解、ご協力をいただきありがとうございます。食物アレルギーを有する方については、適切な対応をするため、医師による「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」を提出していただくようになっております。

つきましては、主治医に記載していただいた「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」を次のとおり提出をお願いいたします。

なお、提出された資料を基に、学校で面談を実施いたしますので、後日ご連絡いたします。

今後、継続の場合は、1年に1回は医師による診察を受けていただき「学校生活管理指導表」をご提出いただくことや、食物アレルギー対応が変更・不要となった場合にも、同様の手続きをしていただくことをご理解くださいますようお願いいたします。

記

- 1 提出書類 医師の診断による「学校生活管理指導表」
※主治医あての文書及び学校生活管理指導表を同封しておりますので、医療機関でお渡してください。
- 2 提出期限 令和 年 月 日（ ）
※提出期限に間に合わない場合には、学校へご連絡ください。
- 3 その他 学校給食における食物アレルギー対応については、裏面に記載しております。
不明な点は、学校までご連絡ください。
○○○学校 電話番号： （担当： ）

《玉野市学校給食等における食物アレルギー対応について》

国の対応指針（「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）や、県の対応指針（「岡山県学校給食等における食物アレルギー対応方針」平成28年3月）に基づき、安全性確保のために、原因食物を「提供するかしないかの二者択一」、つまり、他の児童生徒と同じように提供するか完全除去かのどちらかの対応とします。そのため、学校生活管理指導表において「A 給食」で「2. 管理必要」となった場合には、アレルゲンが含まれる献立を完全除去対応します。

（1）食物アレルギー対応方法について

- ① 詳細な献立表対応：詳細な献立表による情報提供とアレルゲンが含まれる献立の除去
(例) たけのこにアレルギーがある場合、たけのこご飯や八宝菜などは完全除去となります。その献立からたけのこを取り除いて食べることはできません。
- ② 一部弁当対応：アレルゲンが含まれる献立に代わるものを家庭から持参
- ③ 完全弁当対応：対応が必要な期間、給食全部を停止し、昼食を家庭から持参
- ④ 除去食対応：アレルギーの原因食物を除いた給食を提供
- ⑤ その他：調理実習や宿泊行事など食品を扱う活動の際の事前の情報提供等

（2）除去食対応するアレルゲン

「卵、牛乳・乳製品」

- ・ 鶏卵・うずら卵のアレルギーの場合は、原則完全除去とします。厚焼き玉子など、調理過程で取り除けないものは提供されません。
- ・ 牛乳・乳製品が食物アレルギーの原因食物の場合は、パン・飲用牛乳は中止、牛乳・乳製品を含む副食は除去または中止となります。飲用牛乳のみの中止は行いません。

（3）(a) ～ (f) に該当する極微量でも症状の出る重篤な場合は、安全性確保のため給食全部または一部を中止とし、給食全部または一部を代替食持参となります。

- (a) 調味料、だし、乳化剤・添加物等の除去が必要
- (b) 加工食品の原材料の欄外表記（注意喚起表示）の表示がある場合についても除去指示がある
(例) 「本品製造工場では○○（特定原材料等の名称）を含む製品を製造しています。」
(例) 「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。」
(例) 「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。」
- (c) 多品目の食物除去が必要
- (d) 食器や調理器具の共有ができない
- (e) 油の共有ができない
- (f) その他、上記に類似した学校給食で対応が困難と考える状況

（4）上記以外にも、コンタミネーション（製造・調理過程で起こる意図せぬ食物アレルギーの混入）等、詳細な確認を要する場合については、面談時に確認させていただきます。

主治医様

玉野市教育委員会
 学校教育課長
 中学校区一貫教育校園 玉野市立 学校
 校長

学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）の記載について（お願い）

児童生徒氏名

年	氏名
---	----

食物アレルギーを有する上記児童生徒について、適切な対応を実施するために、「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の記載をお願いいたします。また、上記児童生徒が有するアレルギーについては、「アナフィラキシー／食物アレルギー」の欄を中心にご記入ください。その他の欄については必要に応じて、ご記入ください。学校給食だけでなく、学校生活のすべてで参考にさせていただきます。

また、学校における食物アレルギー対応については、次のとおりです。

《玉野市学校給食等における食物アレルギー対応について》

国の対応指針（「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）や、県の対応指針（「岡山県学校給食等における食物アレルギー対応方針」平成28年3月）に基づき、安全性確保のために、原因食物を「提供するかないかの二者択一」、つまり、他の児童生徒と同じように提供するか完全除去かのどちらかの対応とします。そのため、学校生活管理指導表において「A 給食」で「2. 管理必要」となった場合には、アレルゲンが含まれる献立を完全除去対応します。

(1) 食物アレルギー対応方法について

① 詳細な献立表対応：詳細な献立表による情報提供とアレルゲンが含まれる献立の除去

(例) たけのこにアレルギーがある場合、たけのこご飯や八宝菜などは完全除去となります。その献立からたけのこを取り除いて食べることはできません。

② 一部弁当対応：アレルゲンが含まれる献立に代わるものを家庭から持参

③ 完全弁当対応：対応が必要な期間、給食全部を停止し、昼食を家庭から持参

④ 除去食対応：アレルギーの原因食物を除いた給食を提供

⑤ その他：調理実習や宿泊行事など食品を扱う活動の際の事前の情報提供等

(2) 除去食対応するアレルゲン

「卵、牛乳・乳製品」

・鶏卵・うずら卵のアレルギーの場合は、原則完全除去とします。厚焼き玉子など、調理過程で取り除けないものは提供されません。

・食物アレルギーでの牛乳・乳製品の中止の場合は、パン・飲用牛乳は中止、牛乳・乳製品を含む副食は除去または中止となります。飲用牛乳のみの中止は行いません。

(3) (a)～(f) に該当する極微量でも症状の出る重篤な場合は、安全性確保のため給食全部または一部を中止とし、給食全部または一部を代替食持参となります。

(a) 調味料、だし、乳化剤・添加物等の除去が必要

(b) 加工食品の原材料の欄外表記（注意喚起表示）の表示がある場合についても除去指示がある

(例) 「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。」

(例) 「本製品で使用しているしらすは、えび、かにかが混ざる漁法で採取しています。」

(例) 「本製品（かまぼこ）で使用しているイトヨリダイは、えび、かにかを食べています。」

(c) 多品目の食物除去が必要

(d) 食器や調理器具の共有ができない

(e) 油の共有ができない

(f) その他、上記に類似した学校給食で対応が困難と考える状況

(4) 上記以外にも、コンタミネーション等、詳細な確認を要する場合については、「F その他の配慮・管理事項（自由記述）」の欄に、できる限り詳しく記入をお願いいたします。



市町村（組合）教育委員会教育長
学校給食実施学校長 殿
学校給食共同調理場所長
学校食育センター所長

公益財団法人岡山県学校給食会

理事長 向井 重明

(公印省略)

学校給食用製めんにおけるアレルギー物質の混入の可能性について（お知らせ）

本会取扱いの学校給食用めんにつきましては、平素から、格別な御理解を賜り厚くお礼申し上げます。

学校給食用めんの加工を委託している委託加工工場では、アレルギー物質である、日本そばや卵を含む市販用めんの製造ラインで、学校給食用めんを製造する場合があります、また、製造ラインを分けている場合でも、同じ作業場で製造しているため、コンタミネーション（混入）の可能性がります。

このため、日頃から、アレルギー物質の混入防止を図り、事故が発生しないように最善の注意を払うなど、安全確保に努めているところです。

学校給食用めん（うどんを含む）については、当日製造品を委託加工工場から各学校給食現場へお届けすることや、殺菌工程におけるインクの溶出防止に配慮するなど、特殊形態による納入方法であるため、市販品で見られるような「本製品製造工場ではそば、卵を含む製品を製造しています。」といった「そば、卵等」のコンタミネーションの可能性について、包装材料への表示ができていません。

したがって、児童生徒がコンタミネーションの可能性を直接確認することができない状況であります。

つきましては、このことについて御周知いただくとともに、新年度に向けて、保護者等からお問い合わせがあった場合には、その旨お伝えくださいますようよろしくお願いいたします。

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 月 日 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			
Ⅲ アナフィラキシー (あり・なし) 食物アレルギー (あり・なし)		Ⅲ アナフィラキシー病型 (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 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 () 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. 木の果実類 () 8. 果物類 () 9. 魚類 () 10. 肉類 () 11. その他1 () 12. その他2 () 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 ()		Ⅶ 給食 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅷ 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅸ 運動 (体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅹ 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅺ 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・乳清精成カルシウム 小麦：醤油・酢・味噌 大豆：大豆油・醤油・味噌 コメ：ゴマ油 魚類：かつおだし・いりこだし・魚醤 肉類：エキス Ⅻ その他の配慮・管理事項(自由記述)		電話： ★連絡医療機関 医療機関名： 電話： 記載日 年 月 日 医師名 医療機関名	
Ⅲ 気管支ぜん息 (あり・なし)		Ⅲ 病型・治療 Ⅳ 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良 Ⅴ-1 長期管理薬 (吸入) 1. ステロイド吸入薬 () 投与量/日 () 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 () () Ⅴ-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 () () Ⅴ-3 長期管理薬 (注射) 1. 生物学的製剤 () () Ⅵ 発作時の対応 1. ベータ刺激薬吸入 () 投与量/日 () 2. ベータ刺激薬内服 () ()		Ⅶ 運動 (体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅷ 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 Ⅸ 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅹ その他の配慮・管理事項(自由記述)		電話： ★連絡医療機関 医療機関名： 電話： 記載日 年 月 日 医師名 医療機関名	

裏 学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)

名前

____年____月____日生

____年____月____組

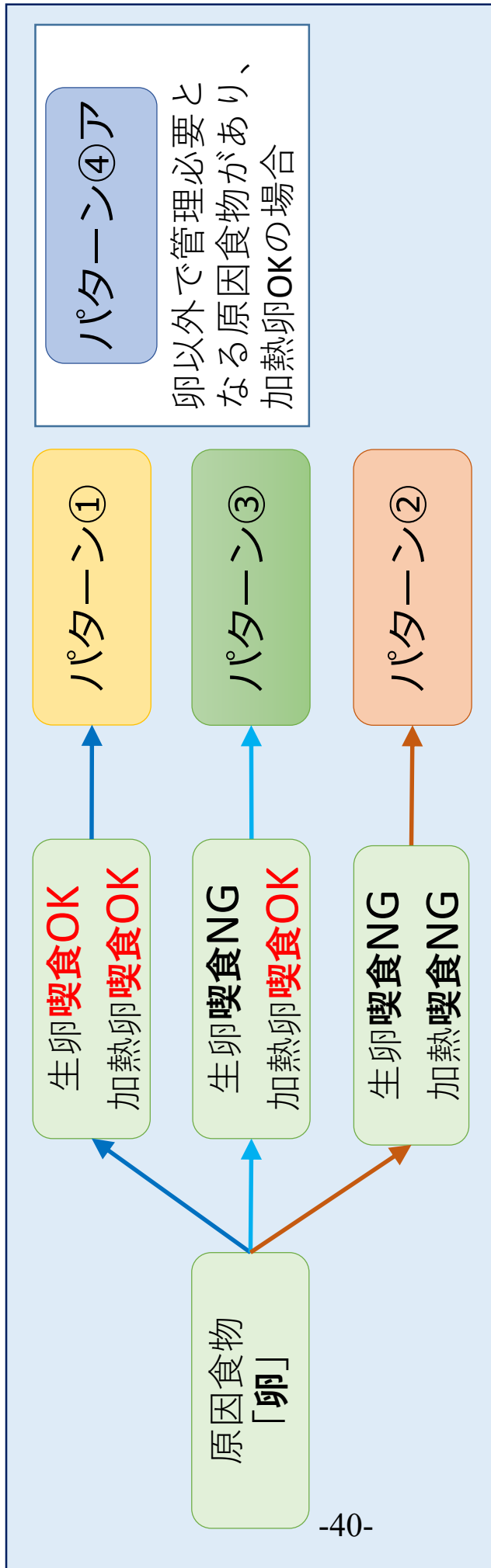
提出日 ____年____月____日

<p>アトピー性皮膚炎 (あり・なし)</p>	<p>病型・治療</p> <p>A 重症度のめやす (厚生労働科学研究班) 1. 軽症：面積に関わらず、軽度の皮疹のみ見られる。 2. 中等症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満に見られる。 3. 重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満に見られる。 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>学校生活上の留意点</p> <p>A フ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>回 その他の配慮・管理事項 (自由記述)</p>	<p>記載日 ____年____月____日</p> <p>医師名 _____</p> <p>医療機関名 _____</p>
<p>アレルギー性結膜炎 (あり・なし)</p>	<p>病型・治療</p> <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>学校生活上の留意点</p> <p>A フール指導 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>回 その他の配慮・管理事項 (自由記載)</p>	<p>記載日 ____年____月____日</p> <p>医師名 _____</p> <p>医療機関名 _____</p>
<p>アレルギー性鼻炎 (あり・なし)</p>	<p>病型・治療</p> <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>学校生活上の留意点</p> <p>A 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>回 その他の配慮・管理事項 (自由記載)</p>	<p>記載日 ____年____月____日</p> <p>医師名 _____</p> <p>医療機関名 _____</p>

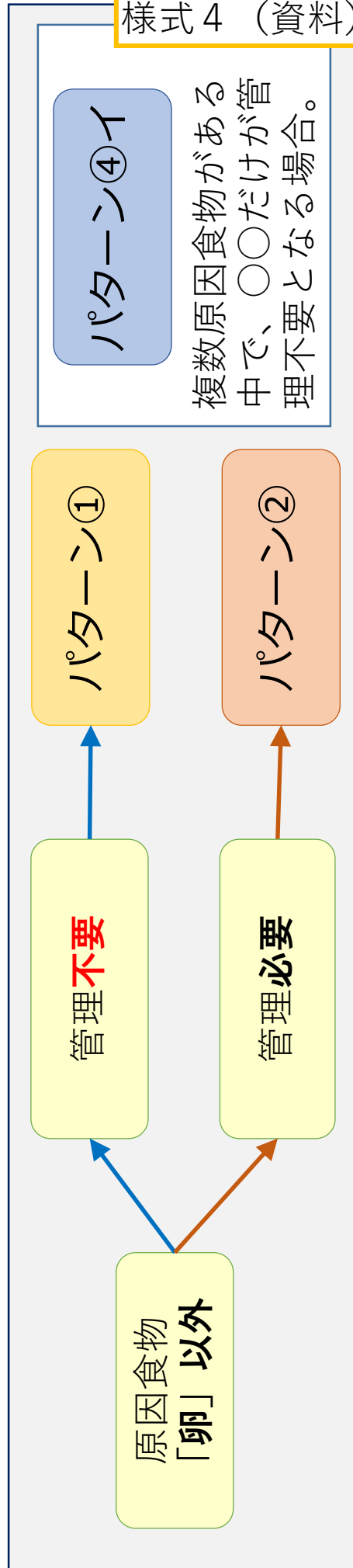
学校における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、本票に記載された内容を学校の全教職員及び関係機関等で共有することに同意します。
 保護者氏名 _____

学校生活管理指導表の記入について

給食では、加熱卵が提供されます。卵の加熱具合で喫食の可否が変わる場合、学校生活管理指導表への記載にご注意ください。



様式4 (資料)



学校生活管理指導表（アレルギー一表用）

パターン① 管理不要 (食物アレルギー対応なし)

学校生活上の留意点	
A 給食	1. 管理不要 2. 管理必要
B 食物・食料を扱う授業・活動	1. 管理不要 2. 管理必要
C 運動(体育・部活動等)	1. 管理不要 2. 管理必要
D 宿泊を伴う校外活動	1. 管理不要 2. 管理必要
E 原因食物を除去する場合には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。
F その他の配慮・管理事項(自由記述)	

生卵OK・加熱卵OK
原因食物全般OK

食物アレルギーがあると申告があっても、軽微なもので特に管理が不要な場合は、A・B・D全ての項目で管理不要。

この場合、食物アレルギー対応は行わない。

学校生活上の留意点について考えられる記入例を示しています

学校生活上の留意点	
A 給食	1. 管理不要 2. 管理必要
B 食物・食料を扱う授業・活動	1. 管理不要 2. 管理必要
C 運動(体育・部活動等)	1. 管理不要 2. 管理必要
D 宿泊を伴う校外活動	1. 管理不要 2. 管理必要
E 原因食物を除去する場合には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。
F その他の配慮・管理事項(自由記述)	

C運動については、食物アレルギーが軽度の場合でも、反応が出る可能性があるので、お医者様と相談して記入してもらってください。

アナフィラキシーの有無
食物アレルギーの有無
(原因食物について)

パターン④ 一部管理不要 (A給食で管理必要だが一部管理不要)

学校生活上の留意点	
A 給食	1. 管理不要 2. 管理必要
B 食物・食料を扱う授業・活動	1. 管理不要 2. 管理必要
C 運動(体育・部活動等)	1. 管理不要 2. 管理必要
D 宿泊を伴う校外活動	1. 管理不要 2. 管理必要
E 原因食物を除去する場合には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。
F その他の配慮・管理事項(自由記述)	

複数原因食物の一部で喫食可の場合管理が必要な原因食物がある場合は、A・B・D管理必要となる。しかし、加熱卵OKの場合や、給食で喫食可能な食物がある場合などは、Fの欄に原因食物と留意点の詳細を記入。

例) 加熱卵は管理不要
例) ○○が管理不要となる。

パターン③ 一部管理不要 (A給食では管理不要)

学校生活上の留意点	
A 給食	1. 管理不要 2. 管理必要
B 食物・食料を扱う授業・活動	1. 管理不要 2. 管理必要
C 運動(体育・部活動等)	1. 管理不要 2. 管理必要
D 宿泊を伴う校外活動	1. 管理不要 2. 管理必要
E 原因食物を除去する場合には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。
F その他の配慮・管理事項(自由記述)	

生卵NG・加熱卵OK卵については、生卵は管理が必要である場合、給食では、生・半熟卵は提供されないため、A給食では管理不要となる。

調理実習等で生・半熟卵となる心配があるため、B・Dは、管理必要となる。

Fの欄に「生卵は管理必要」と記入。

パターン② 管理必要 (学校での活動全般で対応必要)

学校生活上の留意点	
A 給食	1. 管理不要 2. 管理必要
B 食物・食料を扱う授業・活動	1. 管理不要 2. 管理必要
C 運動(体育・部活動等)	1. 管理不要 2. 管理必要
D 宿泊を伴う校外活動	1. 管理不要 2. 管理必要
E 原因食物を除去する場合には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。
F その他の配慮・管理事項(自由記述)	

生卵NG・加熱卵NG原因食物全般NG

食物アレルギー反応が心配で、管理が必要となる場合は、A・B・Dの全ての項目で管理必要。

Eについては、より厳しい除去が必要となるため、ここでも○がつくと、給食の提供ができない場合がある

様式5

食物アレルギー面談記録票 兼 個別の取組プラン

学校名				面談日	年	月	日
年 組 番 男・女	ふりがな 児童生徒氏名				(生年月日) 年 月 日生		
ふりがな 保護者氏名	住所						
面談参加者							

食物アレルギー対応の実施にあたり、本紙に記載された内容を確認し、下記1～5について同意します。

年 月 日 保護者署名

1. 本紙(「個別の取組プラン」)に記載された内容に基づいて学校での対応を開始すること。
2. 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、個別の取組プランの内容を全ての教職員で共有すること。
3. 緊急時対応のため、必要に応じて事前または救急搬送時に消防署に緊急連絡先等を情報提供すること。
4. 配膳や喫食中に誤食事故が起きないよう、周囲の児童生徒(必要があれば保護者にも)、お子様の食物アレルギー情報を提供し、注意を促すこと。
5. 毎日、食物アレルギーのために食べられない献立は、お子様と一緒に献立表を見ながら確認をすること。

緊急連絡先	①氏名: (続柄:) 携帯・自宅・職場:
	②氏名: (続柄:) 携帯・自宅・職場:
	③氏名: (続柄:) 携帯・自宅・職場:
かかりつけの医療機関	医療機関名: 主治医名 : 電話番号:
	緊急時の搬送先 医療機関名: 電話番号:

◆アレルギーを起こす原因食品

※下の記号を記入する。

原因食物 (アレルゲン)	加熱によって喫食 可能かどうか	診断根拠	病型	症状	給食での 対応方法
	可・不可				
	可・不可				
	可・不可				
	可・不可				
	可・不可				
診断根拠	病型	摂取時に現れた症状		給食での対応方法	
①明らかな症状の既往	I 即時型	A 発赤、じんましんなど皮膚症状		ア アレルギー対策表(配膳しない)	
②食物負荷試験陽性	II 口腔アレルギー症候群	B 口腔・粘膜症状		イ 一部弁当持参	
③IgE 抗体検査結果陽性	III 食物依存性運動誘発 アナフィラキシー	C 咳、ぜん鳴など呼吸器症状		ウ 完全弁当持参	
		D 腹痛、嘔吐など消化器症状		エ 除去食提供対応 ※除去食は卵・乳・乳製品に限り対応	
		E アナフィラキシーショック症状		オ 給食の停止(パン・麺・牛乳)	

◆学校生活上の留意点

給食における確認事項 (確認したらチェックを入れる。)	<input type="checkbox"/> 「学校給食における食物アレルギー対応について」(別紙)をもとに、対応について説明した。 <input type="checkbox"/> 献立変更時の連絡方法について(電話連絡: 要・不要) <input type="checkbox"/> 給食当番活動 管理不要・必要 () <input type="checkbox"/> 給食喫食場所 管理不要・必要 ()
食物・食材を扱う授業・活動	管理不要・必要 (事前に食品の情報提供)
運動(体育・部活動・休み時間等)	管理不要・必要 ()
校外活動(宿泊を含む)	管理不要・必要 (事前に食品の情報提供)
その他の配慮・管理事項	

◆発作時の対応

内服薬 (処方: 有・無)	吸入薬 (処方: 有・無)	エピペン® (処方: 有・無)
薬剤名 () 学校に携帯(有・無) (保管場所:)	薬剤名 () 学校に携帯(有・無) (保管場所:)	エピペン®の種類 (0.15mg ・ 0.3mg) 学校に携帯(有・無) (保管場所:)
使用する症状	使用する症状	使用する症状
その他(医師からの指示や薬の処方がない場合の対応等について)		

◆その他特記事項

※給食センター記入欄

除去食開始日 令和 年 月 日

様式5 記入例

食物アレルギー面談記録票 兼 個別の取組プラン

学校名	新年度に向けての面談(2~3月実施)では、新年度の 学校名・学年を記載し、組・番は決定後記入する。			月	日
年 組 番 男・女				月	日生
ふりがな 保護者氏名	住所				
面談参加者					

食物アレルギー対応の実施にあたり、本紙に記載された内容を確認し、下記1~5について同意します。

年 月 日 保護者署名

1. 本紙(「個別の取組プラン」)に記載された内容に基づいて学校での対応を開始すること。
2. 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、個別の取組プランの内容を全ての教職員で共有すること。
3. 緊急時対応のため、必要に応じて事前または救急搬送時に消防署に緊急連絡先等を情報提供すること。
4. 配膳や喫食中に誤食事故が起きないよう、周囲の児童生徒(必要があれば保護者にも)、お子様の食物アレルギー情報を提供し、注意を促すこと。
5. 毎日、食物アレルギーのために食べられない献立は、お子様と一緒に献立表を見ながら確認をすること。

緊急連絡先	①氏名: (続柄:) 携帯・自宅・職場:
	②氏名: (続柄:) 携帯・自宅・職場:
	③氏名: (続柄:) 携帯・自宅・職場:
かかりつけの医療機関	医療機関名: 主治医名: 電話番号:
緊急時の搬送先	医療機関名: 電話番号:

◆アレルギーを起こす原因食品

※下の記号を記入する。

原因食物 (アレルゲン)	加熱によって喫食 可能かどうか	診断根拠	病型	症状	給食での 対応方法
乳		乳・卵のアレルギーでは対応方法に「エ」を記入。また、「オ(食品)」と記入し、下の「オ」の該当の食材に○をつける。			ア、イ、エ、 オ(パン・牛乳)
小麦		小麦、そばのアレルギーの場合、主食を停止することができる。停止する場合は、対応方法に「オ(食品)」と記入し、下の「オ」の該当の食材に○をつける。			ア、イ、 オ(パン・麺)
そば					ア、イ、 オ(麺)
えび	可・不可	①、②	I	A,C,D,E	ア、イ
りんご	可・不可	①	II	B	ア
診断根拠	病型	摂取時に現れた症状		給食での対応方法	
①明らかな症状の既往	I 即時型	A 発赤、じんましんなど皮膚症状		ア アレルギー対策表(配膳しない)	
②食物負荷試験陽性	II 口腔アレルギー症候群	B 口腔・粘膜症状		イ 一部弁当持参	
③IgE抗体検査結果陽性	III 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	C 咳、ぜん鳴など呼吸器症状		ウ 完全弁当持参	
		D 腹痛、嘔吐など消化器症状		エ 除去食提供対応 ※除去食は卵、乳・乳製品に限り対応	
		E アナフィラキシーショック症状		オ 給食の停止(パン・麺・牛乳)	

◆学校生活上の留意点

給食における確認事項 (確認したらチェックを入れる。)	<input checked="" type="checkbox"/> 「学校給食における食物アレルギー対応について」(別紙)をもとに、対応について説明した。 <input checked="" type="checkbox"/> 献立変更時の連絡方法について(電話連絡: 要・ 不要) <input checked="" type="checkbox"/> 給食当番活動 管理不要・ 必要 (アレルギーが含まれる献立は当番で配膳しない。) <input checked="" type="checkbox"/> 給食喫食場所 管理不要・ 必要 (アレルギーが含まれる献立が出る日は〇〇教室で喫食する。)
食物・食材を扱う授業活動	要・ 必要 (事前に食品の情報提供)
運動(体育時間等)	要・ 必要 (昼休みは教室で読書をする。5時間目の体育は見学)
校外活動(修学旅行等)	要・ 必要 (事前に食品の情報提供、おやつ・弁当の交換をしない)
その他の配慮・管理事項	特になし。

◆発作時の対応

内服薬 (処方: 有 ・無)	吸入薬 (処方: 有・ 無)	エピペン® (処方: 有 ・無)
薬剤名 (〇〇〇〇) 学校に携帯(有 ・無) (保管場所: 本人のランドセル)	薬剤名 () 学校に携帯(有・無) (保管場所:)	エピペン®の種類 (0.15mg ・ 0.3mg) 学校に携帯(有 ・無) (保管場所: 本人のランドセル)
使用する症状 じんましん、皮膚のかゆみ	使用する症状	使用する症状 繰り返す咳、呼吸が苦しい、強い腹痛、意識障害
その他(医師からの指示や薬の処方がない場合の対応等について)		

◆その他特記事項

<p>特になし。</p>

※給食センター記入欄

除去食開始日 令和 年 月 日

原本を給食センターに提出すると、開始日が記載されたものが学校に返却される。

令和 年 月 日

保護者 様

中学校区一貫教育校園 玉野市立 学校
校長

食物アレルギー対応の個別面談について

平素より、本校の学校教育活動について、ご理解とご協力をいただき誠にありがとうございます。

先日は、食物アレルギー対応について、書類を提出していただき、ありがとうございました。

今年度の学校給食における食物アレルギー対応の個別面談につきましては、次のとおりですので、よろしくお願いいたします。

個別面談を実施いたしますので、ご参加ください。

・日 時 令和 年 月 日 () 時 分 より

・場 所 玉野市立 学校

・連絡先 玉野市立 学校 担当：
0 8 6 3 -

※ ご都合が悪い場合は、 月 日 () までにご連絡ください。

様式6

センター確認欄

学校確認欄

令和 年 月 日

学校長 様

学校給食センター所長 様

除去食対応中止申請書

学校	年 組	ふりがな 氏名
----	-----	------------

令和 年 月 日より、給食における除去食対応の中止を申請します。

保護者署名 _____

- ※除去食対応が不要となった場合、「学校生活管理指導表」を添えてご提出ください。
- ※除去食対応中止は、申請書提出して即日中止となりません。2日以上前に余裕をもって申請してください。

除去食停止日 令和 年 月 日
(※給食センター記入欄)

アレルギー対策表（令和0年9月）

年 組 番 な ま え

玉野市立学校給食センター

部外秘

説明 (予定のため変更する場合がありますので、あらかじめご了承ください。)

※ アレルゲンとなる食品名の前に「*」印を記載しています。

※ この他、主食、学期を通して使用する食品は、『アレルギー対策表（令和0年△学期物産）』をご確認ください。なお、アレルゲン対策表の見方については、『説明書』アレルゲン対策表（令和4年）』をご覧ください。

※ いずれの書類も、学校へお申し出ください。受付後、学校を通じて配布いたします。

※ 個数表示などがない料理は、「1人＝1個」もしくは「量記号」するものです。

※ 食品の中には、小学校、中学校共通重量のものもあります。

様式7

★ 記入例 ★

4月0日 水曜日

献立名及び食品名	除去する	弁当持参
ひじきごはん	○	90
◆学校給食用精白米（強化）		70
* ◆ひじきご飯の素		21
<原材料> ○×○△… ◇△●○…		27
※詳細な成分が書かれています。		
牛乳		
* ◆牛乳		206
醬の塩焼き		206
◆さわら切り身		60
◆焼き塩		0.2
◆清酒		1.8
◆サラダ油		0.2
ごまだれ和え		
◆キャベツ		25
◆ごぼう		15
◆にんじん		7
* ◆練りごま（白）		1.2
◆三温糖 1k g		1
◆濃口しょうゆ		2
* ◆純正ごま油		0.15
豆腐のみそ汁		
* ◆冷凍サイコロ豆腐		30
* ◆冷凍カット油揚げ		7
◆にんじん		5
◆たまねぎ		30
◆しめじほぐし		15
◆ねぎ		5
* ◆中みそ		9.5
◆煮干し(中羽)だし用		3

この献立を除去する場合は、ここに○印を

この献立の代替食として弁当持参する場合は、ここに○印を

対応を必要としない場合は、空欄で

<アレルゲン>
小麦
大豆
鶏肉

↑
量献数
に立値
なでは、
り扱つ小
ます。い
す。い校
る・食中
食品の校
の校重

9月0日 水曜日

献立名及び食品名	除去する	弁当持参
ひじきごはん		90
◆学校給食用精白米（強化）		70
* ◆ひじきご飯の素		21
<原材料> ○×○△… ◇△●○…		27
※詳細な成分が書かれています。		
牛乳		
* ◆牛乳		206
醬の塩焼き		206
◆さわら切り身		60
◆焼き塩		0.2
◆清酒		1.8
◆サラダ油		0.2
ごまだれ和え		
◆キャベツ		25
◆ごぼう		15
◆にんじん		7
* ◆練りごま（白）		1.2
◆三温糖 1k g		1
◆濃口しょうゆ		2
* ◆純正ごま油		0.15
豆腐のみそ汁		
* ◆冷凍サイコロ豆腐		30
* ◆冷凍カット油揚げ		7
◆にんじん		5
◆たまねぎ		30
◆しめじほぐし		15
◆ねぎ		5
* ◆中みそ		9.5
◆煮干し(中羽)だし用		3

9月△日 木曜日

献立名及び食品名	除去する	弁当持参
ごはん		90
◆学校給食用精白米（強化）		70
牛乳		
* ◆牛乳		206
豚井の具		
* ◆豚ももスライス		50
◆サラダ油		0.2
◆たまねぎ		60
◆にんじん		20
◆冷凍さやいんげん		15
◆つきこんにやく		20
◆すて塩		0.1
◆白ねぎ		10
◆三温糖 30k g		3.2
* ◆濃口しょうゆ		10
◆本みりん		2
◆清酒		2
猪肉和え		
◆きゅうり		20
◆サリナスもやし		22
◆にんじん		5
◆ねり梅		1.5
◆三温糖 1k g		0.5
* ◆薄口しょうゆ		0.4
◆糸かつお		0.5
オレンジゼリー		
* ◆オレンジゼリー		60
<原材料> ○×○△… ◇△●○…		
※詳細な成分が書かれています。		

9月□日 金曜日

献立名及び食品名	除去する	弁当持参
ごはん		90
◆学校給食用精白米（強化）		70
牛乳		
* ◆牛乳		206
ししやもの天ぷら（1人=2尾）		
* ◆ししやもの天ぷら		40
<原材料> ××○□… ◇×●○…		
※詳細な成分が書かれています。		
◆揚げ油		4
ひじきの炒り煮		
◆ひらてん		10
◆サラダ油		0.2
◆ひじき（レトルト）		10
* ◆蒸し大豆		10
◆にんじん		10
◆冷凍さやいんげん		5
◆三温糖 30k g		0.8
* ◆濃口しょうゆ		2
◆本みりん		0.5
赤だし		
* ◆冷凍サイコロ豆腐		30
◆にんじん		5
◆たまねぎ		25
◆だいこん		15
◆えのきたけほぐし		15
◆ねぎ		5
* ◆赤みそ		9.5
◆煮干し(中羽)だし用		3

<アレルゲン>
オレンジ

<アレルゲン>
小麦

除去食対応表（令和4年9月8日（木）） ○○学校 ○年○組 氏名 玉野太郎

説 明 （予定のため変更する場合がありますので、あらかじめご了承ください。）
 ※ アレルゲンとなる食品名の前に「*」印を記載しています。
 ※ 個数表示などがない料理は、「1人＝1個」もしくは「量配缶」するものです。
 ※ 食品の中には、小学校、中学校共通重量のものもあります。

学校長	担任	養護教諭	保護者	給食センター

通常献立
（かきたま汁）

献立名及び食品名	小学校	中学校
ごはん		
◆学校給食用精白米（強化米）	70	90
牛乳		
◆牛乳	206	206
鯖のみそ煮		
◆鯖のみそ煮	60	60
こぶ和え		
◆キャベツ	22	26.4
◆サリナスもやし	20	24
◆にんじん	5	6
◆塩昆布	1.2	1.44
◆濃口しょうゆ	0.8	0.96
かきたま汁		
◆冷凍サイコロ豆腐	30	36
* ◆殺菌液卵	15	18
◆にんじん	10	12
◆たまねぎ	35	42
◆ねぎ	5	6
◆かつおぶし（だし用）①	3	3.6
◆昆布（だし用）	0.4	0.48
◆食塩	0.35	0.42
◆薄口しょうゆ	5	6
◆でんぷん	0.3	0.36



除去食献立
（すまし汁）

献立名及び食品名	小学校	中学校
ごはん		
◆学校給食用精白米（強化米）	70	90
牛乳		
◆牛乳	206	206
鯖のみそ煮		
◆鯖のみそ煮	60	60
こぶ和え		
◆キャベツ	22	26.4
◆サリナスもやし	20	24
◆にんじん	5	6
◆塩昆布	1.2	1.44
◆濃口しょうゆ	0.8	0.96
すまし汁		
◆冷凍サイコロ豆腐	30	36
◆にんじん	10	12
◆たまねぎ	35	42
◆ねぎ	5	6
◆かつおぶし（だし用）①	3	3.6
◆昆布（だし用）	0.4	0.48
◆食塩	0.35	0.42
◆薄口しょうゆ	5	6
◆でんぷん	0.3	0.36

弁当を持参します
 ※弁当を持参する場合は☑を入れてください。

除去食管理票

令和〇年〇〇月〇〇日 〇〇〇学校 〇年〇組 玉野太郎		
卵除去(料理名)		
献立欄	給食センター確認欄	担当者
<ul style="list-style-type: none"> ・ 主菜の名前 ・ 和え物の名前 ・ 汁物の名前 	① 専用容器に除去食を入れた。	
	② 専用のかごに除去食を入れた。	
	③ 配送前の最終確認をした。	
連絡欄	学校確認欄	
	④ 除去食を受け取った。	
	⑤ 本人に除去食を渡した。	
	⑥ 本人が食べたのを確認した。	

様式 8

様式9

【個人情報取扱注意】

年 月 日

情報提供カード	
学校名	玉野市立
1	ふりがな 氏名 年 (男・女)
2	生年月日 平成 年 月 日
3	住所 玉野市
4	ふりがな 保護者氏名
5	保護者連絡先
6	かかりつけ医療機関名
7	診療科目・担当医名
8	医療機関電話番号
9	緊急搬送先
10	アレルギー
11	エピペンの所持 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
12	その他参考となる事項
<input type="checkbox"/> 中止 年 月 日	

* エピペンを処方されている児童生徒、食物アレルギーによる救急搬送の可能性がある児童生徒については、本様式を作成し、保護者の了承を得たうえで写しを玉野市教育委員会学校教育課へ提出してください。

* 提供された情報は、玉野市教育委員会で取りまとめ、玉野市消防本部警防課に情報提供します。

* このカードは毎年提出してください。

* エピペン所持が中止になった場合は、「中止」にチェックを入れ、「10 その他参考となる事項」に「〇〇病院にて食物経口負荷試験後、所持不要の指示が出た」等、理由を記載してください。

救急搬送時、この用紙で救急隊員へ情報提供を行う。(コピー可)
搬送医療機関決定後、すぐに医療機関名を記載し、教育委員会へ報告。

提出先) □ 学校 → 玉野市教育委員会 → 県教育庁保健体育課
(FAX 32-1329)

食物アレルギー、アナフィラキシー対応報告書 (第一報)

報告年月日	平成 年 月 日 (曜日) 時 分		
学 校 名	立 学校		
	電話番号		
報 告 者	職 名	氏名	
対 応	・食物アレルギー ・アレルギー疾患 ()		
発 症 日 時 活 動 内 容	平成 年 月 日 (曜日) 時 分頃		
	給食中・休憩時間(昼休み・()) 教科(体育・家庭・()) 学校行事()・部活動()部・登校中・下校中・その他()		
該 当 者	年 組	性別 ()	
	ふりがな 氏名	保護者 氏名	
住 所	生年月日:平成 年 月 日 () 歳	緊急 連絡先	
通 院 先 医 療 機 関	主治医: tel:		
基礎疾患等	アナフィラキシーの既往 あり ・ なし		
対 応 の 概 要	速 報 (第一報)	全身症状	ぐったり ・ 意識もうろう ・ 尿や便を漏らす
		循環器症状	脈が触れにくい ・ 唇や爪が青白い 血圧(/)脈()SpO2()
		呼吸器症状	のどや胸が締め付けられる ・ 声がかすれる 犬が吠えるようなせき ・ ゼーゼーする呼吸 息がしにくい ・ せき (持続し強い ・ 数回の軽い)
		消化器症状	腹痛(我慢できない・中等度・我慢できる) ・ 下痢 嘔吐 (吐き続ける ・ 1~2回 ・ 吐き気)
		皮膚症状	かゆみ(強い ・ 軽度) ・ じんましん(全身 ・ 数個) 赤み(全身 ・ 部分的)
		そ の 他	腫れ(顔全体 ・ まぶた ・ 唇) ・ 口の中の違和感 目(かゆみ ・ 充血) ・ くしゃみ、鼻水、鼻づまり ()
		原因	アレルギー 献立名
	対 応	エピペン®投与	あり(:) (本人・投与者職名:) ・ なし
		内服・吸入等	あり(内服・吸入)(:) (本人・投与者職名:) ・ なし
		搬送医療機関	
	その他		
教育委員会記載欄 (必要に応じて記入)			

救急搬送時、この用紙で救急隊員へ情報提供を行う。(コピー可)
搬送医療機関決定後、すぐに医療機関名を記載し、教育委員会へ報告。

提出先) □ 学校 → 玉野市教育委員会 → 県教育庁保健体育課
(FAX 32-1329)

食物アレルギー、アナフィラキシー対応報告書 (第一報)

報告年月日	平成 29 年 2 月 15 日 (水 曜日) 13 時 45 分			
学 校 名	岡山県 立 ○ ○ ○ 学校			
	電話番号	086-000-△△△△		
報 告 者	職 名	教頭	氏名 岡山 太郎	
対 応	食物アレルギー ・ アレルギー疾患 () どちらかに○をつける。()内はアレルギー等必要に応じて記入			
発 症 日 時 活 動 内 容	平成 29 年 2 月 15 日 (水 曜日) 13 時 20 分頃			
	給食中・休憩時間(昼休み・()) 教科 (体育) 学校行事()・部活動()部・登校中・下校中・その内は必要に応じて記入			
該 当 者	1 年 2 組	名前 丸の内 花子 (女)	性別 女性	
	生年月日	平成 14 年 3 月 2 日 (15) 歳		
住 所	岡山市北区内山下○○○○		携帯: 090-○○○-○○○○	
通 院 先 医 療 機 関	岡山○○病院		主治医: 瀬戸内 利	
基礎疾患等	ぜん息		アナフィラキシーの既往 (あり) ・ なし	
対 応 の 概 要	速 報 (第 一 報)	全身症状	ぐったり 意識もうろう ・ 尿や便を漏らす	
		循環器症状	脈が触れにくい ・ 唇や爪が青白い 血圧 (70 / 45) 脈 (110) SpO2 (92)	
		呼吸器症状	のどや胸が締め付けられる 犬が吠えるようなせき ・ 息がしにくい ・ せき 該当する症状すべてに○をつける。バイタル等 ()内は可能であれば記入	
		消化器症状	腹痛 (我慢できない・中等度・我慢できる) ・ 下痢 嘔吐 (吐き続ける ・ 1~2回 ・ 吐き気)	
		皮膚症状	かゆみ (強い ・ 軽度) ・ じんましん (全身 数個) 赤み (全身 ・ 部分的)	
		そ の 他	腫れ (顔全体 ・ まぶた ・ 唇) ・ 口の中の違和感 目 (かゆみ ・ 充血) ・ くしゃみ、鼻水、鼻づまり	
		原因	アレルギー	卵 ・ 小麦 ・ 乳 ・ えび ・ かに ・ そば ・ 落花生 その他 () ・ 不明
		献 立 名	カレーライス ○をつけ、()内に処置時刻を記入。	
		エピペン®投与	(あり) 13:25 (本人・投与者職名: 教諭 (体育)) ・ なし	
		内服・吸入等	あり(内服・吸入)(:)(本人・投与者職名:) (なし)	
搬送医療機関	岡山○○病院 救急隊員へ渡す段階では記入できない。搬送先医療機関決定後、記入し報告。			
その他				
教育委員会記載欄 (必要に応じて記入)	市町村教育委員会から、県教委へ報告する際に、必要があれば記入する。			

食物アレルギー・アナフィラキシー事例報告書

事例ごとに1人につき1部提出する

- ※ 本票は、食物アレルギー等事例報告用。事例対応完結後、報告を行う。
 救急搬送の有無にかかわらず、食物アレルギーを有する者が、原因物質を摂取及び触れた場合は必ず報告すること。また、下記ヒヤリハットについても報告すること。
- ※ 救急搬送された場合には必ず、それ以外も可能であれば、「緊急時対応記録」（様式9）など時系列の緊急対応の状況がわかる記録用紙及び給食の場合はメニュー表を添付すること。

【報告を要するヒヤリハットの内容】

- ①児童生徒の健康被害が生じる恐れがあった場合
 ②類似事例が多く発生することが考えられる場合
 ③事故防止対策のためになると考えられ、他校と共有すべき場合

報告日	年	月	日		
発症日時	年 月 日 (曜日)			時 分 頃	
学 校	立 学校			校 長 氏 名	
	電話番号				
該 当 者	学 年	氏名 (救急搬送者のみ記入)		性 別	年 齢
					歳
アレルギー既往について (今回の事例以前の状況) ※管理指導表記載内容を記入する。 ※未受診の場合、診断名に症状と最近の発症年月を記載する。		食物アレルギー既往歴 (アナフィラキシーを起こした原因は、原因食物の中から該当する食品を記載する。)			食物以外に有するアレルギー (該当に○をつける・複数選択可)
		有: 年 月、診断名 () 原因食物 () エピペン®処方: 有・無、管理指導表: 有・無、 アナフィラキシー既往: 無・有: 発症年: 年 月 アナフィラキシーを起こした原因 ()		無	ぜん息、花粉症、 アトピー性皮膚炎、 アレルギー性結膜炎、 アレルギー性鼻炎、 その他 ()
本事例について	診 断 名 (受診結果)	確認方法: 聞き取り (保護者・医師)・文面	原因食物の根拠 ○を記入	1 明らかな症状の既往 2 食物負荷試験陽性 3 IgE抗体等検査結果陽性	新たな管理指導表の提出の有無
	原因と疑われる食物	※ヒヤリハットの場合も記入	1~3は管理指導表をもとに記入	4 受診したが未確定 5 未受診のため確定ではない	有・無
	摂取及び発生時の状況	(発生場所、時間・場面、バイタル等を含み詳細を報告)			
	対応・処置 (保護者対応等含む)				
	発症の要因 (該当する場合○、重複可)	1 食後の運動		2 初発 (既往歴なし)	
原因食物に触れるに至った要因	「2 初発 (既往歴なし)」以外は、学校及び調理場で <u>要因を組織</u> として協議し必ず記入				
再発防止に向けた対策・改善点					
その他					

食物アレルギー・アナフィラキシー事例報告書

事例ごとに1人につき1部提出する

- ※ 本票は、食物アレルギー等事例報告用。事例対応完結後、報告を行う。救急搬送の有無にかかわらず、食物アレルギーを有する者が、原因物質を摂取及び触れた場合は必ず報告すること。また、下記ヒヤリハットについても報告すること。
- ※ 救急搬送された場合には必ず、それ以外も可能であれば、「緊急時対応記録」（様式9）など時系列の緊急対応の状況がわかる記録用紙及び給食の場合はメニュー表を添付すること。

【報告を要するヒヤリハットの内容】

- ①児童生徒の健康被害が生じる恐れがあった場合
- ②類似事例が多く発生することが考えられる場合
- ③事故防止対策のためになると考えられ、他校と共有すべき場合

報告日	平成31年2月15日		
発症日時	平成30年12月14日（金曜日） 12時22分頃		
学 校	岡 山 県 立 ○○○○ 学 校	校 長 氏 名	
	電 話 番 号 086-000-△△△△	県 立 華 子	
該 当 者	学 年 3	氏 名 (救急搬送者のみ記入) ★緊急搬送時以外は空欄	性 別 男
			年 齢 8 歳
アレルギー既往について（今回の事例以前の状況） ※管理指導表記載内容を記入する。 ※未受診の場合、診断名に症状と最近の発症状況を記載する。	食物アレルギー既往歴（アナフィラキシーを起こした原因は、原因食物の中から該当する食品を記載する。） 有：28年5月頃、診断名（食物アレルギー） 原因食物（えび、かに、ピーナッツ） エピソード：有・無、管理指導表：有・無、 アナフィラキシー既往：無・有 発症年28年5月 アナフィラキシーを起こした原因（えび）		食物以外に有するアレルギー（該当に○をつける・複数選択可） ぜん息、花粉症、トピー性皮膚炎、 アレルギー性結膜炎、 アレルギー性鼻炎、 その他（ ）
本事例について	（受診結果）	確認方法：聞き取り（保護者・医師）・文面	新たな管理指導表の提出の有無
	原因と疑われる食物	※ヒヤリハットの場合も記入 えび	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
	摂取及び発生時の状況	（発生場所・時間・場面、バイタル等を含み詳細を報告） 12:10 担任が、給食場で準備された除去食の和え物を持ち帰り、本人に渡した。 12:20 本人が「量が多いので減らして欲しい」と担任に申し出た。 12:22 担任が、教室の配膳に使用したおたま（えびに触れたもの）で、除去食の和え物を減らした。その場面を見ていた別の教員から指摘があり、おたまが触れてしまった除去食の和え物を回収した。	
	対応・処置（保護者対応等含む）	<ul style="list-style-type: none"> ・ヒヤリハット事例のため、児童への処置はしていない。 ・準備されていた除去食を食べさせることができなかったため、アレルギーの入っていないみそ汁を多めに分けて、対応した。 ・保護者には、事故には至らなかったが、電話で状況を説明した。また、学校での今後の対応について伝え、理解してもらった。 	
	発症の要因（該当する場合0、重複可）	1 食後の運動	2 初発（既往歴なし）
原因食物に触れるに至った要因	「2初発（既往歴なし）」以外は、学校及び調理場で要因を組織として協議し必ず記入 ・除去食は、おかわりをしないルールを設けているため、給食場から多めに盛り付けられてくるが、食べきれない場合の対応（自分で残す）について校内で共通理解できていなかった。		
再発防止に向けた対策・改善点	<ul style="list-style-type: none"> ・ルールを文書化し、食物アレルギー対応委員会を通して全教職員で共通理解する。 ・食べきれない場合は、自分で残すように本人に指導する。 ・校内で本事例を共有し、普通食に使用するおたまが除去食に触れることがないように徹底することとした。 		
その他	上記以外で特記するようなことがあれば記入する。		

学校給食調理場における食物アレルギー事例報告書

- ※ 本票は、学校給食調理場における食物アレルギー対応事務及び調理配膳等に起因した食物アレルギー等事例報告用。事例対応完結後、報告を行う。事例とは、下記ヒヤリハット内容及び、誤って原因食品を含む給食を学校給食調理場から搬出した事故。
- ※ 単独調理場の場合は学校名、共同調理場の場合は調理場名で報告を行う。

【報告を要するヒヤリハットの内容】

- ①児童生徒の健康被害が生じる恐れがあった場合
- ②類似事例が多く発生することが考えられる場合
- ③事故防止対策のためになると考えられ、他校と共有すべき場合

報告日	年 月 日
-----	-------

学 校 名 ま た は 調 理 場 名	立		学校・調理場・センター	
	電話番号			
所 属 長	職 名	氏 名		
発 生 日 時	年 月 日	(曜日)	時 分頃	
発 生 場 所				
原 因 食 物				
概 要	発 生 時 の 状 況	(発生場所、時間・場面等を含み詳細を報告)		
	発 生 に 気 付 く に 至 っ た 状 況	(ヒヤリハットの場合のみ記入)		
	発 生 後 の 対 応	(事故の場合のみ、給食対応・児童生徒及び保護者への対応を記入)		
考 え ら れ る 要 因				
再 発 防 止 に 向 け た 対 策 ・ 改 善 点				
そ の 他				

学校給食調理場における食物アレルギー事例報告書

- ※ 本票は、学校給食調理場における食物アレルギー対応事務及び調理配膳等に起因した食物アレルギー等事例報告用。事例対応完結後、報告を行う。事例とは、下記ヒヤリハット内容及び、誤って原因食品を含む給食を学校給食調理場から搬出した事故。
- ※ 単独調理場の場合は学校名、共同調理場の場合は調理場名で報告を行う。

【報告を要するヒヤリハットの内容】

- ①児童生徒の健康被害が生じる恐れがあった場合
- ②類似事例が多く発生することが考えられる場合
- ③事故防止対策のためになると考えられ、他校と共有すべき場合

報告日	平成30年 11月 15日
-----	---------------

学 校 名 ま た は 調 理 場 名	岡山県 立 ○○支援 <u>学校</u> ・調理場・センター	
	電話番号	086-000-△△△△
所 属 長	職 名	氏 名
	校 長	○○ ○○
発 生 日 時	平成 30 年 11 月 14 日（水 曜日） 12 時 00 分頃	
発 生 場 所	調理室	
原 因 食 物	鶏卵、豆腐	
概 要	発 生 時 状 況	（発生場所、時間・場面等を含み詳細を報告） 11:50 除去食につける名札を卵アレルギーの児童のものと豆腐アレルギーの児童のものを間違えてつけていた。
	発 生 に 気 付 く に 至 っ た 状 況	（ヒヤリハットの場合のみ記入） 11:55 除去食が確実に配膳されているか、別の調理員が確認したところ、名札のつけ間違いに気がついた。
	発 生 後 の 対 応	（事故の場合のみ、給食対応・児童生徒及び保護者への対応を記入）
考 え ら れ る 要 因	<ul style="list-style-type: none"> ・アレルギー対応表を確認せず名札をつけた。 ・卵アレルギーの児童と豆腐アレルギーの児童が同じクラスにあり、間違えて名札をつけてしまった。 	
再 発 防 止 に 向 け た 対 策 ・ 改 善 点	<ul style="list-style-type: none"> ・作業前の打合せ時に当日のアレルギー対応を全員で確認する。 ・名札をつける際は、必ずアレルギー対応表を確認する。 ・除去食の配膳をした後に別の調理員が確認をする体制を整備していたため、事故を防ぐことができた。今後も複数人でチェックをする。 	
そ の 他		

玉野市医師会「学校生活管理指導表」対応医療機関一覧

医療機関名	医療機関所在地	TEL	備考
(医)吉備会中谷外科病院	田井3-1-20	31-2323	
(医)社団恵誠会大西病院	田井3-8-11	33-9333	
(医)大智会高橋耳鼻咽喉科医院	田井4-1-19	31-8733	アレルギー性鼻炎のみ
(医)のうの小児科医院	田井5-24-35	33-9888	
森口皮膚科医院	田井5-3-22-4	33-9122	アトピー性皮膚炎のみ
(医)玉野中央病院	築港1-15-3	31-1011	
(医)東行会山下泌尿器科	宇野1-15-28	33-5020	
(医)眼科康誠会井上眼科	宇野1-14-31	31-1030	アレルギー性結膜炎のみ
総合病院玉野市立玉野市民病院	宇野2-3-1	31-2101	
原田内科クリニック	宇野2-37-18	31-1717	
(医)こまくさ会河口医院	宇野5-1-1	32-5144	
(医)井上内科医院	玉2-12-10	21-2074	
玉野三井病院	玉3-2-1	31-4187	
(医)小野田耳鼻咽喉科医院	玉6-8-6	31-6330	アレルギー性鼻炎のみ
田川医院	和田1-6-14	81-8345	
(医)油原医院	和田1-9-5	81-8235	
(医)山彦会山田外科医院	和田3-19-1	81-7197	
(医)いずみ会三宅内科外科医院	槌ヶ原1017	71-2277	
荘内クリニック	迫間2138-2	71-4976	
竹原内科医院	迫間2280-11	71-0101	
やすとみ皮膚科	迫間2280-1	71-6800	アトピー性皮膚炎のみ
大野眼科	東高崎26-21	71-4871	アレルギー性結膜炎のみ
(医)みやもと整形外科	東紅陽台1-19-325	71-3030	
木下耳鼻咽喉科クリニック	宇藤木550-35	71-5611	アレルギー性鼻炎のみ
たなべ内科	八浜町八浜1484-1	51-3600	
(医)こやま医院	八浜町見石1607-3	51-3333	
(医)近藤医院	東田井地1398	41-1061	

※1 眼科、皮膚科、耳鼻咽喉科の対応項目は備考のとおり。

※2 その他の医療機関については、受診前に必ず電話で確認する事。

※3 文書料は1項目500円(消費税別)とする。

引用・参考文献

- 「学校給食における食物アレルギー対応指針」（文部科学省 平成27年3月）
- 「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・（財）日本学校保健会）
- 「食物アレルギー緊急時対応マニュアル」（東京都 令和4年1月）
- 「調布市立学校食物アレルギー対応マニュアル」（調布市教育委員会）
- 「岡山県立学校における食基アレルギー対応の手引」（岡山県教育委員会 平成29年3月）
- 「岡山市立学校における食物アレルギー対応マニュアル〈学校給食等の対応の手引〉」
（岡山市教育委員会 平成29年2月）
- 「津山市版 食物アレルギーの手引（令和2年度改訂版）」
（津山市教育委員会 令和3年1月）
- 「学校における食物アレルギー対応の手引」（倉敷市教育委員会 令和元年10月）