

学校給食における食物アレルギーの対応について

江戸川区教育委員会

平成28年1月

(令和4年11月一部改定)

目 次

1. 基本的な考え方	1
2. 食物アレルギー対応の流れ	2
3. 具体的な対応・留意点	3～ 7
4. 症状発症時の対応の手順	8
5. 食物によるアナフィラキシーの受診の目安	9
6. 各種様式	10～17
7. 資料	
・学校生活管理指導表活用のしおり(主治医用)	
・学校生活管理指導表活用のしおり(保護者用)	
・保護者配布用参考文書	

1. 基本的な考え方

学校は児童生徒が健康な生活を営めるよう、家庭の食事療法に協力する立場で、次の原則のもと安全性を最優先とし可能な範囲で対応します。

<原則>

- ① 学校給食における食物アレルギーの対応は、過敏食物・食品の完全除去対応を基本とする。ただし、牛乳・乳製品アレルギー及び口腔アレルギー症候群の対応においては、医師の指示のもと、一部個別対応も行う。
※以下「除去食」とは、調理過程で過敏食物・食品を除いた給食をいう。
※以下「原因食物」とは、過敏食物・食品のことをいう。
- ② 医師の診断による「学校生活管理指導表」を保護者より提出してもらうこと。
- ③ 校内に「食物アレルギー対応委員会」(委員長:校長 委員:副校長・主幹教諭・教務主任・養護教諭・保健主任・栄養教諭・学校栄養職員・給食主任・関係学級担任等)を設置し、対応内容の検討を行う。対応実施の決定は、学校長が行い、学校医等を含め関係者が連携して組織的に対応にあたること。
- ④ 学校の実状から判断し、学校として継続して行える作業の範囲であること。
- ⑤ 対応の決定後も保護者及び主治医との連絡は密にすること。
- ⑥ 児童生徒が誤食、症状出現時の緊急時対応について、職員間で共通認識の下、具体的、確実に対応できる体制を整えておく。
- ⑦ 対応にあたっては、児童生徒の栄養面及び精神面に配慮をすること。

－ 対応の実際 －

保護者の求めるままに実状に合わない無理な対応を行うことは、かえって事故を招く危険性をはらんでいます。学校給食のアレルギー対応は、あくまでも医師の診断と指示に基づいて行うこととし、校内の「食物アレルギー対応委員会」において、学校及び給食室の状況と食物アレルギーの児童生徒の実態(重症度や除去品目数など)を総合的に判断し、関係者が連携して現状で継続的に行うことのできる最良の対応を検討します。対応方法は、原因食物を「提供するかしないかの二者択一」とする完全除去対応を基本とした安全性が十分に確保できる内容とし※、対応実施の決定は必ず学校長が行います。※牛乳・乳製品については、一部個別対応も行います。

また、本来食物アレルギーは、代替による対応が望ましいことに配慮し、対応の際は、家庭との情報交換を十分に行い、除去食により不足する栄養素などは家庭の食事でも補ってもらえるよう協力を求めます。

栄養士は、安全性と公平性に配慮し、1日に作る除去食の種類が多種多様に渡らないよう献立の組み合わせや食材料の選択を工夫します。

<p>食品選択</p> <p>調理</p> <p>配食</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・加工食品は、原因食物が使用されていない食品を選定することも考慮する 例)畜肉製品、練り製品 ・栄養教諭、栄養職員は、調理過程において調理従事者が確実に除去できるように指示する ・除去食対応のある児童生徒の学級、氏名、原因食品の一覧表を掲示する ・通常食の作業工程表及び動線図にアレルギー対応作業を追記する ・調理担当者と確認担当者は兼務しない ・検収時は、原材料表示を確実に確認する ・配食スペースを確保し、通常食との作業動線が重ならないよう配慮する ・特に割卵や混合時のコンタミネーションに十分注意する ・除去食は、通常食と別色のトレイに一食分盛り付けることが望ましいが、配食スペースの確保が難しい場合、皿ごとに盛り付ける 例)卵焼き(除去食)と和え物(通常食)を平皿に盛り付ける ・対応食を盛り付けた皿にはフードカバーをし、児童生徒名と対応内容を明示する ・ラップを使用する場合は、フードカバーの下にする ・確認者は、声出し指差し確認を基本とし確認したことを記録する ・保存食を採り、検食を用意する ・日によって対応食がないことの明示方法を決めておく
<p>給食指導</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・除去対応(弁当対応)のある日は、原則おかわり禁止とする ・配膳時(給食当番)や片づけ時のルールは、校内で統一する 例)《 配膳時(給食当番) 》 <ul style="list-style-type: none"> ・対応児童生徒が給食当番の際は、原因食品には触れないよう配慮する ・トレイごとに盛り付けの場合、配膳の列には並ばない ・皿ごとに盛り付けの場合、一番に配膳を行い、給食指導担当者がトレイを確認する 《 片づけ 》 <ul style="list-style-type: none"> ・対応児童生徒が給食当番の際は、原因食品に触れないよう配慮する ・トレイごとに盛り付けの場合、トレイごとに返却する ・牛乳の片づけは行わない(乳アレルギー) 等 ・予定献立や使用食材に変更があった場合、通常と異なる形式の給食(バイキング給食等)の際は、誤食がないよう特に注意する ・食物アレルギーについて学級の児童生徒が正しく理解するように指導し、本人が精神的な負担を感じることがないように配慮する ・担任以外の者が給食指導にあたる場合、対応内容及び緊急時の対応について担当者への伝達を確実にを行う 例)補教の場合・たてわり活動・交流給食・遠足等 ・学級担任(給食指導担当者)は、対象児童生徒が除去食を確実に喫食したことの確認を行う ・栄養教諭、栄養職員は、可能な限り対象児童生徒の学級を訪問して、実態把握や確認に努める

【2】 献立によって弁当を持参する場合

(一部の料理を持参する場合も含む)

[対 象]調理の過程で原因食物を除去することが困難な場合

[配慮事項]

- ・栄養教諭、栄養職員は、弁当対応についても除去食対応と同様に対応内容を学級担任(給食指導担当者)へ連絡する
- ・弁当対応(除去対応)のある日は、原則おかわり禁止とする
- ・配膳時(給食当番)や片づけ時のルールは、校内で統一する
- ・学級担任は、給食当番や片付けの際に原因食物に触れたり誤食をしたりしないよう注意する
- ・食物アレルギーについて学級の児童生徒が正しく理解するように指導し、本人が精神的な負担を感じることがないように配慮する
- ・予定献立に変更があった場合、通常と異なる形式の給食(バイキング給食等)の際は、誤食がないよう特に注意する
- ・担任以外の者が給食指導にあたる場合、対応内容及び緊急時の対応について担当者への伝達を確実にを行う

例)補教の場合・たてわり活動・交流給食・遠足等

- ・学級担任(給食指導担当者)は、対象児童生徒が弁当を確実に喫食したことの確認を行う
- ・栄養教諭及び栄養職員は、可能な限り対象児童生徒の学級を訪問して、実態把握や確認に努める
- ・弁当の管理は本人管理を基本とし、学校の実状に合わせて、管理方法について保護者と申し合わせをしておく

[弁当対応を考慮する目安]

- ・除去対応することにより不足してしまう栄養を弁当で補う必要がある場合
- ・安全な給食提供が困難である場合

例)下記に対し対応が必要な場合

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、給食室内に舞った粉
大 豆	大豆油、しょうゆ、みそ
ゴ マ	ゴマ油
甲殻類	しらすや海藻に混入しているエビやカニ エビやカニを捕食している魚介類
魚 類	かつおだし、いりこだし、漁しょう
肉 類	エキス
その他	多品目 通常食と同じ食器や調理器具の共用(洗浄・消毒済み) 油の共用 加工品などの製造工場、製造ラインでのコンタミネーション

【3】本人が除去する場合

[対象]比較的症状が軽く、本人が原因食物を取り除くことができる場合

[配慮事項]

- ・本人に取り除く食物を理解させておくよう保護者に協力を求める
- ・担任は除去食物を理解しておく
- ・食物アレルギーについて学級の児童生徒が正しく理解するように指導する
- ・最も誤食事故が起きやすい対応なので、誤って食べてしまった場合の対処方法を確認しておく

(2) 除去食提供の確認手順

- 給食室の見やすい場所に除去食対応のある児童生徒の学級、氏名、原因食品の一覧表「個人情報一覧表*(食物アレルギー対応リスト)」を掲示する
- 確認方法は、指さし声出し確認を基本とし、確認したことの記録をする

確認内容		確認者	確認帳票類
献立作成	<input type="checkbox"/> 献立・使用食材 <input type="checkbox"/> 使用食材の原材料 <input type="checkbox"/> 調理指示	校・栄・保 栄 栄・調	<input type="checkbox"/> アレルギー詳細献立表* (家庭配布用献立表) <input type="checkbox"/> アレルギー対応献立表* <input type="checkbox"/> アレルギー対応連絡表* <input type="checkbox"/> 原材料表示の写し等 <input type="checkbox"/> 調理室手配表*
調理	<input type="checkbox"/> 作業工程・作業動線 <input type="checkbox"/> 使用食材の原材料 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 配食(盛り付け) <input type="checkbox"/> 検食	栄・調(従事者全員) 調・栄 調 A・栄 調 B・栄 検食者	<input type="checkbox"/> 作業工程表・作業動線図 <input type="checkbox"/> 原材料表示 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー対応カード* <input type="checkbox"/> 食物アレルギー対応カード* <input type="checkbox"/> 検食簿
給食指導	<input type="checkbox"/> 引き渡し	担・本人・栄・(調)	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー対応カード* <input type="checkbox"/> アレルギー詳細献立表* (家庭配布用献立表) <input type="checkbox"/> アレルギー対応連絡表*

校: 校長
 栄: 栄養教諭・栄養職員
 調: 調理従事者(A・Bは別の者)
 担: 担任(給食指導担当者)
 保: 保護者

*カロリーメイク7出力帳票類

(3) 学習活動での対応

学校給食だけでなく、教材教具等にアレルギーが含まれる場合や調理実習など食に関する学習活動、野外での学習や宿泊を伴う学習などでも食物アレルギーに配慮していく必要があります。その場合には、学級担任が保護者と連絡調整を十分に行い、児童生徒の安全を確保します。必要に応じて管理職からの指導・助言を受けたり、学校栄養職員・養護教諭等に相談したりして対応してください。

【1】教材教具等への配慮

- ・牛 乳 … 牛乳パックリサイクル、工作
- ・卵 … 卵の殻を使った学習
- ・小 麦 … 小麦粘土、うどんやパン作り体験
- ・ピーナッツ … 落花生栽培、豆まき
- ・そ ば … そば打ち体験
- ・大 豆 … みそ作り、豆まき

【2】食に関する活動での配慮

- ・学校行事や学級活動
- ・生活科や家庭科の調理実習
- ・生活科や理科での栽培
- ・総合的な学習の時間
- ・クラブ活動

【3】野外での学習や宿泊を伴う学習での配慮

- ・遠足
- ・生活科、社会科見学
- ・チャレンジザドリーム
- ・林間学校等宿泊行事

【4】食物依存性運動誘発アナフィラキシー(※)への配慮

- ・5、6校時の体育、体育的行事
- ・昼休み
- ・部活動

(※) 原因となる食物を摂取して2時間以内に激しく運動することによりアナフィラキシー症状を起こします。原因食物としては、小麦、甲殻類が多く、運動量が増加する中学生に最も多くみられます。発症した場合は呼吸困難やショック症状のような重篤な症状にいたるので注意が必要です。原因食物の摂取と運動の組み合わせで発症するため、食べただけ、運動しただけでは症状はおきず、気が付かずに誘発症状を繰り返す例もあります。

4. 症状発症時の対応の手順

実施すること		留意点	
<p>□状況の把握(発見者) 子どもから離れず観察 他の職員を呼ぶ(担任に連絡) エピペン・AEDと内服薬の用意を指示</p> <p>□学校長は、現場に到着次第リーダーとなり、教職員の役割の確認及び指示をする。</p> <p>緊急性の高い症状がある場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ● エピペンの準備、使用または介助 ● 心肺蘇生または AED の準備、使用 ● 内服薬の準備、内服の介助 ● 上記と同時に救急車を要請する <div style="border: 1px dashed blue; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・所在地(入口)、学校名 ・主訴「いつ、だれが、どうして、現在どのような状態なのか」(食物によるアナフィラキシー症状で、〇〇の症状がある。エピペンの処方や使用の有無。呼吸状態は…) ・通報後も連絡可能な電話番号 </div> <p>□保護者に連絡</p> <p>□必要に応じてかかりつけ医療機関に連絡</p> <p>□教育委員会へ連絡</p>		<div style="border: 2px solid orange; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p>緊急性の高いアレルギー症状があるか、5分以内に判断する 迷ったらエピペンを打ち、直ちに救急車を要請する。(119番通報) 呼びかけに対して反応がなく、呼吸がなければ、心肺蘇生を行い、AEDを用意する 立たせたり歩かせたりせず、その場で安静にする</p> </div> <p>※ エピペンの効果の持続は20分程度</p> <p>※ 救急要請は、固定電話から行う 場合により、携帯電話からの要請時や伝えた連絡先が携帯電話の際は、常につながるようにしておく</p> <p>□児童生徒を保健室に運ぶか、現場で対応</p> <div style="border: 1px dashed blue; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・原因食物を口に入れたとき ⇒口から出しすぐ ・皮膚についたとき ⇒洗い流す ・目の症状 ⇒洗眼 <p>※アナフィラキシーショックを起こしているときは動き回させない。意識がある場合は、衣服をゆるめ本人の楽な姿勢にする。</p> <p>※ぐったり、意識もうろうの場合、血圧が低下している可能性があるため、仰向けで足側を15～30cmほど高くする姿勢で横たえる。</p> <p>※吐き気、嘔吐がある場合は、体と顔を横に向ける。</p> <p>※呼吸が苦しく仰向けになれない場合、呼吸を楽にするため、上半身を起こし後によりかからせる</p> <p>※移動させる場合は、背負ったり、腰掛けさせたりせず、横になったままの姿勢を保つ。</p> </div> <p>□個人票(様式4)を準備する。</p> <p>□緊急時対応票(様式5)に記入を開始し、5分ごとに症状を観察、対応、記録する。</p> <p>□かかりつけ医に状況を伝え、対応を確認する。</p> <p>□受診には付添い、状況を医師に正確に伝える。(緊急時対応票と個人票を持参する。)</p>	
主な関係機関連絡先(緊急時)		TEL	所在地
区内消防署	江戸川消防署	3656-0119	中央2-9-13
	葛西消防署	3689-0119	中葛西1-29-1
	小岩消防署	3677-0119	鹿骨2-42-11
江戸川区 医師会 協力 医療機関	東京臨海病院	5605-8811	江戸川区臨海町1-4-2
	東京慈恵会医科大学葛飾医療センター(旧慈恵医大青戸病院)	3603-2111	葛飾区青戸6-41-2
	東部地域病院	5682-5111	葛飾区亀有5-14-1
	東京都立墨東病院	3633-6151	墨田区江東橋4-23-15

5. 食物によるアナフィラキシーの受診の目安

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、ゼーゼー、呼吸困難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言います。その中でも、血圧が低下して意識の低下や脱力を来すような場合を 特になアナフィラキシーショックと呼び、直ちに対応しないと生命にかかわる重篤な状態であることを意味します。また、アナフィラキシーには、アレルギー反応によらず運動や物理的な刺激などによって起こる場合があることも知られています。

アドレナリン自己注射である「エピペン®」を携行している場合には、出来るだけ早期に注射することが効果的です。表の「ただちに救急車で医療機関へ搬送」の段階がエピペン注射のタイミングであり、緊急に受診を要する段階です。エピペン注射は、症状の進行が速い場合、「速やかに医療機関を受診」の段階や内服薬を服用する前に使用しても問題ありません。エピペン注射の効果の持続は 20 分程度です。注射後、直ちに救急で医療機関を受診します。アナフィラキシー症状は急激に進行することが多く、最低1時間、理想的には4時間は経過を追う必要があります。

表.

全身の症状	<input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 意識もうろう <input type="checkbox"/> 尿や便を漏らす <input type="checkbox"/> 脈が触れにくいまたは不規則 <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い	呼びかけに対して反応がなく、呼吸がなければ、心肺蘇生を行い、AED を用意すること	5分ごとに注意深く症状を観察すること
呼吸器の症状	<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"/> 持続する強い咳き込み <input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸	<input type="checkbox"/> 数回の軽い咳	発症した症状にチェックする
消化器の症状	<input type="checkbox"/> 持続する強いお腹の痛み（がまんできない） <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回のおう吐 <input type="checkbox"/> 1～2回の下痢	<input type="checkbox"/> 軽いお腹の痛み（がまんできる） <input type="checkbox"/> 吐き気
目・口・鼻・顔面の症状	上記の症状が1つでもあてはまる場合	<input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ <input type="checkbox"/> まぶたの腫れ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ、充血 <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
皮膚の症状		<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
		1つでもあてはまる場合	1つでもあてはまる場合
① ただちにエピペンを使用 <small>※エピペンの効果の持続時間は 20 分</small> ② 救急車を要請する ③ その場で安静を保つ ④ その場で救急隊を待つ ⑤ 可能なら内服薬を飲ませる ただちに救急車で医療機関へ搬送		① 内服薬を飲ませ、エピペンを準備する ② 速やかに医療機関を受診する（救急車の要請も考慮） ③ 医療機関に到着するまで、5分ごとに症状を観察し、左記の症状が1つでもあてはまる場合、エピペンを使用する。 速やかに医療機関を受診	① 内服薬がある場合は、飲ませる ② 少なくとも1時間は5分ごとに症状の変化（特に脈や呼吸）を観察し、症状の改善がみられない場合は医療機関を受診する 安静にし、注意深く経過観察

「エピペン®」の使用手順

 <p>安全キャップ</p>		 <p>オレンジ色のニードルカバー 使用前 伸びた状態 使用後</p>	
1 準備 オレンジ色のニードルカバーを下に向けてエピペンのまん中を片手でしっかりと握り、もう片方の手で青色の安全キャップを外します。	2 注射 エピペンを太ももの前外側に垂直になるようにし、オレンジ色のニードルカバーの先端を「カチッ」と音がするまで強く押し付けます。 太もみに押しつけたまま数秒間待ちます。	3 確認 注射後、オレンジ色のニードルカバーが伸びたことを確認します。	4 片づけ 1. 青色の安全キャップの先端を元の場所に押し込んで戻します。 2. オレンジ色のニードルカバーの先端を机などの硬い面の上に置きます。 オレンジ色のニードルカバーの両側上部を指で押さえながら、トレーナー本体を下に押しつけて収納します。

6. 各種様式
様式1-①

提出された内容を確認後、学校処理欄に記入・捺印して、必要の際は、写しを以て保護者控えとする

食物アレルギー対応依頼書

(新規 ・ 継続 ・ 継続追加有り ・ 継続一部解除有り)

学 校 長 殿

(児童生徒名) _____ は、この度添付書類のように食物アレルギーの診断を受けましたので、今後、学校給食等の提供に際して、下記の食物について対応していただくよう依頼します。

なお、食物アレルギー除去食の具体的な対応について、貴校の説明に同意します。

[食物名]

添付書類 : 学校生活管理指導表 (様式2)

令和 年 月 日 提出

保護者氏名 _____ 印 _____

※学校処理欄

受領者 学校長 _____ 印 _____ 受付日 年 月 日

食物アレルギー対応変更依頼書

すでに生活管理指導表を提出していることを前提として、保護者が解除または年度の途中での一部解除・追加を希望する場合に使用する
医師の署名が必要なため文書料が発生する

学 校 長 殿

(児童生徒名) _____ は、学校給食等の提供に際して、下記のとおり変更を依頼します。

1. 医師の指導のもと、これまでに複数回食べて症状が誘発されていないので、
年 月 日 診断の結果、下記の食物についての対応の解除をしていただくよう依頼します。
2. 年 月 日 医師の診断の結果、診断根拠 (明らかな症状の既往
・ 食物負荷試験陽性 ・ IgE 抗体等検査結果陽性) のため、下記の食物についての対応をしていただくよう依頼します。

[解除・追加 食物名]

医 師 名 _____ 印

医療機関名 _____

令和 年 月 日 提出

保護者氏名 _____ 印

※学校処理欄

受領者 学校長 _____ 印 受付日 年 月 日

様式2								
名前 _____ 男・女 _____ 年 _____ 月 _____ 日生	学校 _____ 年 _____ 組							
提出日 令和 _____ 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。								
学校生活管理指導表（アレルギー疾患用） アナフィラキシー （あり・なし） 食物アレルギー （あり・なし）	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">病型・治療</th> <th style="width: 50%;">学校生活上の留意点</th> </tr> <tr> <td> A. 食物アレルギー病型（食物アレルギーありの場合のみ記載） 1. 即時型 2. 口腔アレルギー症候群 3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 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） _____ 4. 昆虫（ _____ ） 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー _____ 5. 医薬品（ _____ ） 3. 運動誘発アナフィラキシー _____ 6. その他（ _____ ） 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] 該当するものを全て<>内に記載 ① 明らかなきずの既往 ② 食物経口負荷試験陽性 ③ IgE抗体等検査結果陽性 ④ 未摂取 2. 牛乳・乳製品 <> _____ 3. 小麦 <> _____ 4. ソバ <> _____ 5. ビーナッツ <> _____ (_____)に具体的な食品名を記載 6. 種実類・木の果実類 <> _____ 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 <> _____ D. 緊急時に備えた処方箋 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（ _____ ） E. 変更・追加点 </td> <td> A. 給食 1. 管理不要 2. 管理必要 ◇ 牛乳・乳製品において摂取不可に× [] 飲む牛乳 [] 牛乳・乳製品を使用した食品及び料理 [] パン(脱脂粉乳最大2.8g含有) B. 食物・食材を扱う授業・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・乳清たんぱく質 小麦: 醤油・酢・味噌 大豆: 大豆油・醤油・味噌 コマ: コマ油 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) </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;"> 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____ </td> </tr> </table>	病型・治療	学校生活上の留意点	A. 食物アレルギー病型（食物アレルギーありの場合のみ記載） 1. 即時型 2. 口腔アレルギー症候群 3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 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） _____ 4. 昆虫（ _____ ） 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー _____ 5. 医薬品（ _____ ） 3. 運動誘発アナフィラキシー _____ 6. その他（ _____ ） 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] 該当するものを全て<>内に記載 ① 明らかなきずの既往 ② 食物経口負荷試験陽性 ③ IgE抗体等検査結果陽性 ④ 未摂取 2. 牛乳・乳製品 <> _____ 3. 小麦 <> _____ 4. ソバ <> _____ 5. ビーナッツ <> _____ (_____)に具体的な食品名を記載 6. 種実類・木の果実類 <> _____ 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 <> _____ D. 緊急時に備えた処方箋 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（ _____ ） E. 変更・追加点	A. 給食 1. 管理不要 2. 管理必要 ◇ 牛乳・乳製品において摂取不可に× [] 飲む牛乳 [] 牛乳・乳製品を使用した食品及び料理 [] パン(脱脂粉乳最大2.8g含有) B. 食物・食材を扱う授業・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・乳清たんぱく質 小麦: 醤油・酢・味噌 大豆: 大豆油・醤油・味噌 コマ: コマ油 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)	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____		★保護者 電話: _____ ★連絡医療機関 医療機関名: _____ 電話: _____
病型・治療	学校生活上の留意点							
A. 食物アレルギー病型（食物アレルギーありの場合のみ記載） 1. 即時型 2. 口腔アレルギー症候群 3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 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） _____ 4. 昆虫（ _____ ） 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー _____ 5. 医薬品（ _____ ） 3. 運動誘発アナフィラキシー _____ 6. その他（ _____ ） 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] 該当するものを全て<>内に記載 ① 明らかなきずの既往 ② 食物経口負荷試験陽性 ③ IgE抗体等検査結果陽性 ④ 未摂取 2. 牛乳・乳製品 <> _____ 3. 小麦 <> _____ 4. ソバ <> _____ 5. ビーナッツ <> _____ (_____)に具体的な食品名を記載 6. 種実類・木の果実類 <> _____ 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 <> _____ D. 緊急時に備えた処方箋 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（ _____ ） E. 変更・追加点	A. 給食 1. 管理不要 2. 管理必要 ◇ 牛乳・乳製品において摂取不可に× [] 飲む牛乳 [] 牛乳・乳製品を使用した食品及び料理 [] パン(脱脂粉乳最大2.8g含有) B. 食物・食材を扱う授業・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・乳清たんぱく質 小麦: 醤油・酢・味噌 大豆: 大豆油・醤油・味噌 コマ: コマ油 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)							
記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____								
気管支ぜん息 （あり・なし）	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">病型・治療</th> <th style="width: 50%;">学校生活上の留意点</th> </tr> <tr> <td> A. 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良 B-1 長期管理薬(吸入) _____ 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) _____ 薬剤名 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) _____ 薬剤名 1. 生物学的製剤 (_____) C. 発作時の対応 _____ 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 (_____) (_____) </td> <td> A. 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要 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 C. 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 D. その他の配慮・管理事項(自由記述) </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;"> 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____ </td> </tr> </table>	病型・治療	学校生活上の留意点	A. 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良 B-1 長期管理薬(吸入) _____ 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) _____ 薬剤名 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) _____ 薬剤名 1. 生物学的製剤 (_____) C. 発作時の対応 _____ 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 (_____) (_____)	A. 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要 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 C. 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 D. その他の配慮・管理事項(自由記述)	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____		★保護者 電話: _____ ★連絡医療機関 医療機関名: _____ 電話: _____
病型・治療	学校生活上の留意点							
A. 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良 B-1 長期管理薬(吸入) _____ 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) _____ 薬剤名 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) _____ 薬剤名 1. 生物学的製剤 (_____) C. 発作時の対応 _____ 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 (_____) (_____)	A. 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要 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 C. 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 D. その他の配慮・管理事項(自由記述)							
記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____								

様式2								
名前 _____ 男・女 _____ 年 _____ 月 _____ 日生	学校 _____ 年 _____ 組							
提出日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日								
※ 記入内容について学校から主治医に問い合わせをさせていただくことがあります。 ※ 食物アレルギーの除去根拠が「未摂取」による管理が必要な食品については、医師と相談のうえ家庭で摂取し、次回の対応見直しの際に解除できるよう協力ください。								
学校生活管理指導表（アレルギー疾患用） アトピー性皮膚炎 （あり・なし）	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">病型・治療</th> <th style="width: 50%;">学校生活上の留意点</th> </tr> <tr> <td> A. 重症度のめやす(厚生労働科学研究班) 1. 軽症: 面顔に問わず、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 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 (_____) B-2. 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他 (_____) B-3. 常用する注射薬 1. 生物学的製剤 </td> <td> 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 B. 動物との接触 1. 管理不要 2. 管理必要 C. 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要 D. その他の配慮・管理事項(自由記述) </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;"> 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____ </td> </tr> </table>	病型・治療	学校生活上の留意点	A. 重症度のめやす(厚生労働科学研究班) 1. 軽症: 面顔に問わず、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 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 (_____) B-2. 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他 (_____) B-3. 常用する注射薬 1. 生物学的製剤	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 B. 動物との接触 1. 管理不要 2. 管理必要 C. 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要 D. その他の配慮・管理事項(自由記述)	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____
病型・治療	学校生活上の留意点							
A. 重症度のめやす(厚生労働科学研究班) 1. 軽症: 面顔に問わず、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 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 (_____) B-2. 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他 (_____) B-3. 常用する注射薬 1. 生物学的製剤	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 B. 動物との接触 1. 管理不要 2. 管理必要 C. 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要 D. その他の配慮・管理事項(自由記述)							
記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____								
アレルギー性結膜炎 （あり・なし）	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">病型・治療</th> <th style="width: 50%;">学校生活上の留意点</th> </tr> <tr> <td> A. 病型 1. 通年性アレルギー性結膜炎 4. アトピー性角結膜炎 2. 季節性アレルギー性結膜炎(花粉症) 5. その他 (_____) 3. 春季カタル B. 治療 1. 抗アレルギー点眼薬 3. 免疫抑制点眼薬 2. ステロイド点眼薬 4. その他 (_____) </td> <td> A. プール指導 1. 管理不要 2. 管理必要 B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 C. その他の配慮・管理事項(自由記述) </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;"> 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____ </td> </tr> </table>	病型・治療	学校生活上の留意点	A. 病型 1. 通年性アレルギー性結膜炎 4. アトピー性角結膜炎 2. 季節性アレルギー性結膜炎(花粉症) 5. その他 (_____) 3. 春季カタル B. 治療 1. 抗アレルギー点眼薬 3. 免疫抑制点眼薬 2. ステロイド点眼薬 4. その他 (_____)	A. プール指導 1. 管理不要 2. 管理必要 B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 C. その他の配慮・管理事項(自由記述)	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____
病型・治療	学校生活上の留意点							
A. 病型 1. 通年性アレルギー性結膜炎 4. アトピー性角結膜炎 2. 季節性アレルギー性結膜炎(花粉症) 5. その他 (_____) 3. 春季カタル B. 治療 1. 抗アレルギー点眼薬 3. 免疫抑制点眼薬 2. ステロイド点眼薬 4. その他 (_____)	A. プール指導 1. 管理不要 2. 管理必要 B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 C. その他の配慮・管理事項(自由記述)							
記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____								
アレルギー性鼻炎 （あり・なし）	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">病型・治療</th> <th style="width: 50%;">学校生活上の留意点</th> </tr> <tr> <td> 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 B. 治療 1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬(内服) 3. 舌下免疫療法(ダニ・スギ) 2. 鼻噴霧用ステロイド薬 4. その他 (_____) </td> <td> A. 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 B. その他の配慮・管理事項(自由記述) </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;"> 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____ </td> </tr> </table>	病型・治療	学校生活上の留意点	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 B. 治療 1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬(内服) 3. 舌下免疫療法(ダニ・スギ) 2. 鼻噴霧用ステロイド薬 4. その他 (_____)	A. 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 B. その他の配慮・管理事項(自由記述)	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____
病型・治療	学校生活上の留意点							
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 B. 治療 1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬(内服) 3. 舌下免疫療法(ダニ・スギ) 2. 鼻噴霧用ステロイド薬 4. その他 (_____)	A. 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 B. その他の配慮・管理事項(自由記述)							
記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____								

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及び救急搬送時等の関係機関等で共有することに同意します。

保護者氏名 _____

様式3-①

食物アレルギー調査票 [面談資料・症状]

記

医師の診断時、アレルギーの程度を把握するため、保護者に記入してもらい、学校は本資料を基に対応を決定する
緊急時症状発症の様子や対応を聞きとっておく

年 組 氏 名 _____

質問1. アレルギーをおこす食品名

(_____)

質問2. 誘発の程度や発症する症状

※該当するものに○を付けてください

食品名					
誘発の程度	1 微量で重篤症状の危険性あり (油共用不可)	1 微量で重篤症状の危険性あり (油共用不可)	1 微量で重篤症状の危険性あり (油共用不可)	1 微量で重篤症状の危険性あり (油共用不可)	1 微量で重篤症状の危険性あり (油共用不可)
	2 摂取により発症の可能性あり 【経口・接触】	2 摂取により発症の可能性あり 【経口・接触】	2 摂取により発症の可能性あり 【経口・接触】	2 摂取により発症の可能性あり 【経口・接触】	2 摂取により発症の可能性あり 【経口・接触】
	3 発症の可能性はあるが、学校対応を求めない	3 発症の可能性はあるが、学校対応を求めない	3 発症の可能性はあるが、学校対応を求めない	3 発症の可能性はあるが、学校対応を求めない	3 発症の可能性はあるが、学校対応を求めない
発症する症状 (目安)	I 血圧低下、意識障害・消失	I 血圧低下、意識障害・消失	I 血圧低下、意識障害・消失	I 血圧低下、意識障害・消失	I 血圧低下、意識障害・消失
	II せき、ゼーゼー、呼吸困難	II せき、ゼーゼー、呼吸困難	II せき、ゼーゼー、呼吸困難	II せき、ゼーゼー、呼吸困難	II せき、ゼーゼー、呼吸困難
	III 吐き気、嘔吐	III 吐き気、嘔吐	III 吐き気、嘔吐	III 吐き気、嘔吐	III 吐き気、嘔吐
	IV じんましん、かゆみ	IV じんましん、かゆみ	IV じんましん、かゆみ	IV じんましん、かゆみ	IV じんましん、かゆみ
その他					

《保護者の方へ》

この調査票は、アレルギーを起こす食品ごとに誘発の程度や症状を保護者の方にご記入いただき、給食対応を相談する面談の資料とします。

主治医に「学校生活管理指導表」の記入を依頼する際に、この調査表の内容の確認もお願いいたします。

新規対応の個別面談の際、申請内容を正しく把握し、家庭での状況を詳細に得るため、保護者が記入する

様式3-②

食物アレルギー調査票 [面談資料・食品]

記入日 年 月 日

年 組 氏 名

	卵	牛乳乳製品	小麦粉	種実 (ナッツ) 等	大豆	魚介	その他	
幼保育園 小学校の 給食	除去食を 食べて いた いない	除去食を 食べて いた いない	除去食を 食べて いた いない	除去食を 食べて いた いない	除去食を 食べて いた いない	除去食を 食べて いた いない	除去食を 食べて いた いない	
〔 家庭での 食事状況 〕 ○: 摂取して いる ×: 摂取して いない △: 摂取した ことがない	・鶏卵	・飲用牛乳	・パン	・ピーナッツ	・大豆	・えび	・果物	
	・全卵	・調理用牛乳	・めん	・アーモンド	・おから	・かに	()	
	・卵白	・生クリーム	・ケーキ	・カシューナッツ	・きなこ	・いか	()	
	・卵黄	・チーズ	・ルウ	・くるみ	・納豆	・たこ	()	
	・マヨネーズ	・ヨーグルト	・衣	・くり	・豆乳	・魚	・野菜	
	・練り製品	・肉加工品	・大麦	・ごま	・生揚げ	()	()	
	・加工肉	・パン	・調味料	・ごま油	・油揚げ	()	()	
	〔 発症の 状況 〕 A: 微量でも 発症(油の 共用不可) B: 量が少な ければ 発症しない C: アナフィラキシ の既往 (発症年齢 は備考に 記入)	・つなぎ	・バター	()	・ココア	・みそ	()	()
		・衣	・その他	()	・チョコレート	・しょうゆ	・魚卵	・調味料
		・パン	()	()	・その他	・大豆油	()	()
・めん		()	・その他	()	・その他	()	()	
・その他	()	()	()	()	()	()		
(うずら卵)		()	()	()	・貝	・その他		
()		()		()	()	()		
()					()	()		
					()	()		
症状発生時 の対応								
備考								

《保護者の方へ》

この調査票は、現在の家庭での食物アレルギー対応を保護者の方にご記入いただき、給食の管理方法の対応をご相談させていただく面談の資料とします。

主治医に「学校生活管理指導表」の記入を依頼する際の、参考資料としてもご利用ください。

食物アレルギー対応個人票

症状や対応の経過を記録しておく個人票
 症状発症時等、情報を確認し対応に活用できるよう、個人情報に注意し、わかりやすい場所(職員室等)に保管しておく
 中学校への引き継ぎ資料とするようお願い

年度					
学年					
学級(担任)					

(ふりがな) 児童生徒氏名		性別	
【緊急時連絡先】	① (自宅・職場・携帯)	TEL	()
	② (自宅・職場・携帯)	TEL	()
	③ (自宅・職場・携帯)	TEL	()

主治医	病院名:					
	主治医名:					
	電話番号:					
生活管理指導表記入日	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月

緊急時指定病院	病院名:	診察券 No.
	電話番号:	

除去食品		※エピペンの処方 (ある・ない) ↓ <input type="checkbox"/> 処方されている数()本 <input type="checkbox"/> 保管場所・家庭 ・本人携帯 ・学校常時() ・その他()	※食物によるアナフィラキシーをおこしたこと (ある・ない) ↓ <input type="checkbox"/> 回数()回 <input type="checkbox"/> 原因() <input type="checkbox"/> 症状()
服薬等	[常時] [緊急時]		

家庭での対応	【年 月 日】(記入者名:)
	[症状発症時の対応]

学校での対応	【年 月 日】(記入者名:)
--------	-----------------

生活管理指導表と共に配布し、面談時に保護者に記入してきてもらうようお願い

対 応 の 経 過

	年 月 日 (記入者名 :)	年 月 日 (記入者名 :)
症状 ・ 家庭での対応		
	年 月 日 (記入者名 :)	年 月 日 (記入者名 :)
	年 月 日 (記入者名 :)	年 月 日 (記入者名 :)
学校での対応		
	年 月 日 (記入者名 :)	年 月 日 (記入者名 :)

その他の特記事項 ※要記入年月日

--

緊急時対応票

年 月 日

(ふりがな) 児童生徒氏名		性別 生年月日	男・女 平成
<p>○食べた時間 (時 分)</p> <p>○食べたもの ()</p> <p>○食べた量 ()</p> <p>○症状が出た時間 (時 分) ○保健室へ来た時間 (時 分)</p> <p>○処置 (・口のものを取り除く ・うがいをする ・手を洗う ・その他)</p> <p>○症状観察開始 (時 分) 内服 (時 分) エピペン使用 (時 分)</p>			
全身の症状	<input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 意識もうろう <input type="checkbox"/> 尿や便を漏らす <input type="checkbox"/> 脈が触れにくいまたは不規則 <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い	<p>呼びかけに対して反応がなく、呼吸がなければ、心肺蘇生を行い、AEDを用意するこ</p>	<p>5分ごとに注意深く症状を観察すること</p>
呼吸器の症状	<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"/> 持続する強い咳き込み <input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸	<input type="checkbox"/> 数回の軽い咳	<p>発症した症状にチェックする</p>
消化器の症状	<input type="checkbox"/> 持続する強いお腹の痛み(がまんできない) <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回のおう吐 <input type="checkbox"/> 1～2回の下痢	<input type="checkbox"/> 軽いお腹の痛み(がまんできる) <input type="checkbox"/> 吐き気
目・口・鼻・顔面の症状		<input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ <input type="checkbox"/> まぶたの腫れ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ、充血 <input type="checkbox"/> 口の中の違和感 唇の腫れ <input type="checkbox"/> くしゃみ・鼻水・鼻詰まり
皮膚の症状	<p>上記の症状が1つでもあてはまる場合</p>	<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
		1つでもあてはまる場合	1つでもあてはまる場合
	<p>① ただちにエピペンを使用 <small>※エピペンの効果の持続時間は20分</small> ② 救急車を要請する ③ その場で安静を保つ ④ その場で救急隊を待つ ⑤ 可能なら内服薬を飲ませる</p> <p>ただちに救急車で医療機関へ搬送</p>	<p>① 内服薬を飲ませ、エピペンを準備する ② 速やかに医療機関を受診する(救急車の要請も考慮) ③ 医療機関に到着するまで、5分ごとに症状を観察し、左記の症状が1つでもあてはまる場合、エピペンを使用する。</p> <p>速やかに医療機関を受診</p>	<p>① 内服薬がある場合は、飲ませる ② 少なくとも1時間は5分ごとに症状の変化(特に脈や呼吸)を観察し、症状の改善がみられない場合は医療機関を受診する</p> <p>安静にし、注意深く経過観察</p>

7. 資料

学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

活用のしおり

主治医の皆様へ

江戸川区教育委員会

アレルギー疾患を有する児童生徒の主治医の皆様へ

近年、学校にはアレルギー疾患を有する児童生徒が多く通われるようになりました。学校は、アレルギー疾患により校内での配慮や管理を希望される児童生徒に対し、医師の指示に基づき対応してまいります。アレルギー疾患と診断された児童生徒の学校生活をより安全で安心なものとするため、保護者から「学校生活管理指導表」の記載依頼がありましたら、当該疾患についての病型・治療及び学校生活上の留意点をご記入いただけますようお願いいたします。なお、診察の結果、学校生活での配慮や管理が必要であると判断された場合、記入の必要はありません。

生活管理指導表の記入方法

- ① 疾患名のところの(あり/なし)欄に当該疾患の有無について○をつけ、「あり」の場合、下記の項目へのご記入をお願いします。
- ② 「病型・治療」欄
当該疾患の原因や症状、服用中の薬など、児童生徒の現在の状況を記入してください。
※本表は大きな変化がない場合、1年間を通じて予測される状況を記載してください。
- ③ 「学校生活上の留意点」欄
学校生活における配慮、管理の必要性について記入してください。※同上
※食物アレルギー対応について※
学校給食においては、「学校生活上の留意点 A」で 2. 管理必要である場合、原因食物の完全除去を基本として対応します。ただし、牛乳、乳製品アレルギー及び口腔アレルギー症候群の対応については一部個別対応を行います。
学校では油の共用が基本となります。共用不可の場合は、「E その他の配慮・管理事項」欄にご記入ください。
- ④ 「緊急時連絡先」欄
主治医と異なる場合にご記入ください。
- ⑤ 記載日、医師名、医療機関名をご記入をお願いします。
※この内容について学校から問い合わせをさせていただきます。

学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

活用のしおり

保護者の方へ

江戸川区教育委員会

アレルギー疾患を有するお子さんをおもちの保護者の方へ

近年、学校にはアレルギー疾患を有するお子さんが多く通われるようになりました。アレルギー疾患を有するお子さんの学校での生活をより安全で安心なものとするため、学校は、お子さんのアレルギー疾患について詳しい情報を把握する必要があります。

お子さんがアレルギー疾患により学校生活をおくるうえで、校内での配慮や管理が必要で、学校での対応を希望される場合は、主治医に「学校生活管理指導表」の記入をしていただき、学校へ提出してください。

なお、主治医および保護者の判断で、疾患があっても学校での配慮や管理が必要でないお子さんは、提出の必要はありません。

生活管理指導表について

- ※ 「学校生活管理指導表」は主なアレルギー疾患を表裏一枚で記載できるようになっています。
表: アナフィラキシー/食物アレルギー、気管支ぜん息
裏: 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
- ※ 主治医には、お子さんの疾患についての情報と、学校生活上の指示を記載していただきます。
◇ 「病型・治療」欄
当該疾患の原因や症状、服用中の薬など、お子さんの疾患の状況が記載されます。
◇ 「学校生活上の留意点」欄
学校生活における配慮・管理の必要性が記載されます。
- ※ 主治医が「学校生活管理指導表」を記載する際には文書料(有料)がかかります。子ども医療費助成制度は利用できません。文書料については各医療機関にお問い合わせください。

※食物アレルギー対応について※

学校給食においては、「学校生活上の留意点 A」で、2. 管理必要である場合、原因食物の完全除去を基本として対応します。ただし、牛乳、乳製品アレルギー及び口腔アレルギー症候群の対応については一部個別対応を行います。原則として代替食の提供はしません。
各学校の給食室の能力や環境、通われている児童生徒の状況により、対応方法に差違があります。「学校生活管理指導表」の提出後、主治医の先生の指示のもと、学校と保護者の方で相談して詳細な対応の確認を行ってください。
学校給食では油の共用が基本となります。医師の診察時に、油の共用が可能か、ご確認ください。アレルギーの程度によって、家庭よりお弁当を持っていただく場合があります。

※ 「学校生活管理指導表」は、「食物アレルギー・アナフィラキシー」欄に記載があり、継続して配慮、管理が必要な場合は、毎年提出していただく必要があります。

※ 保護者記入欄をご記入のうえ、学校へ提出してください。

表

名前・性別・生年月日・学校名を記載したうえ裏診してください。

「気管支ぜん息」、「食物アレルギー・アナフィラキシー」が「あり」の場合、保護者の緊急連絡先を記入してください。

緊急時などの対応のため、記載された情報を教職員全員及び緊急搬送時の関係機関で共有する必要がありますので、同意のうえ、保護者の方の署名をしてください。

裏

※ 診断根拠が「未採取」による管理が必要な食品については、医師と相談のうえ家庭で採取し、次回の対応見直しの際に解除できるよう協力ください。

保護者様

江戸川区教育委員会
〇〇〇 学校長

江戸川区立小・中学校における食物アレルギーの対応については、次のとおりとなりますので、ご理解とご協力をお願いします。

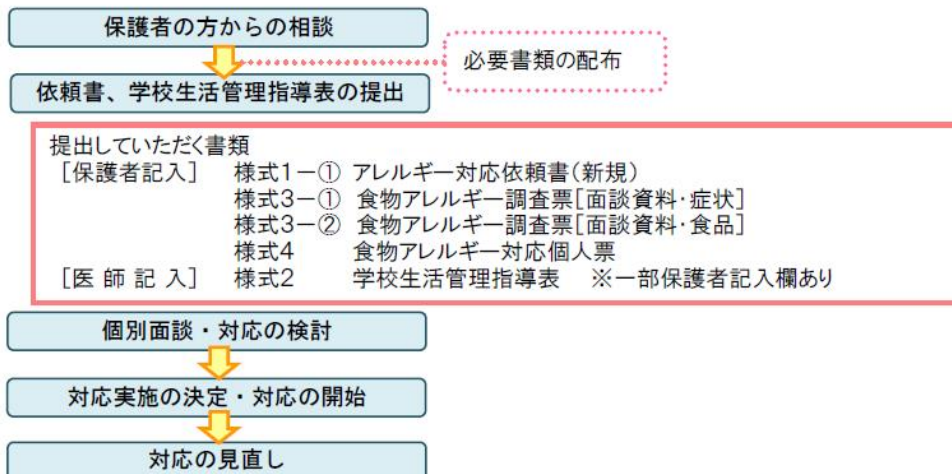
1 基本的な考え方

学校は児童生徒が健康な生活を営めるよう、家庭の食事療法に協力する立場で、次の原則のもと安全性を最優先とし可能な範囲で対応します。

<原則>

- ① 学校給食における食物アレルギーの対応は、過敏食物・食品の完全除去対応を基本とします。ただし、牛乳・乳製品アレルギー及び口腔アレルギー症候群の対応においては、医師の指示のもと一部個別対応も行います。
※以下「除去食」とは、調理過程で過敏食物・食品を除いた給食をいう。
※以下「原因食物」とは、過敏食物・食品のことをいう。
- ② 医師の診断による「学校生活管理指導表」を保護者より提出してもらいます。
- ③ 校内に「食物アレルギー対応委員会」（委員長：校長 委員：副校長・主幹教諭・教務主任・養護教諭・保健主任・栄養教諭・学校栄養職員・給食主任・関係学級担任等）を設置し、対応内容の検討を行います。対応実施の決定は、学校長が行い、学校医等を含め関係者が連携して組織的に対応にあたります。
- ④ 学校の実状から判断し、学校として継続して行える作業の範囲であたります。
- ⑤ 対応の決定後も保護者及び主治医との連絡は密にします。
- ⑥ 児童生徒が誤食、症状出現時の緊急時対応について、職員間で共通認識の下、具体的、確実に対応できる体制を整えておきます。
- ⑦ 対応にあたっては、児童生徒の栄養面及び精神面に配慮します。

2 食物アレルギー対応の流れ



◎ 年に1回（学校生活管理指導表の再提出時）は、お子さんの症状の経過により対応の見直しをします。

提出していただく書類

【保護者記入】	様式1-① アレルギー対応依頼書(継続・追加有り・継続一部解除有り)
	様式3-① 食物アレルギー調査票[面談資料・症状]
	様式3-② 食物アレルギー調査票[面談資料・食品]
【医師記入】	様式2 学校生活管理指導表 ※一部保護者記入欄あり

※対応解除の場合、生活管理指導表の提出の必要はありません。解除を希望する場合や、年度途中で対応の変更を希望する場合は、様式1-② 食物アレルギー対応変更依頼書を提出してください。様式1-②は、診断した医師の署名が必要です。

学校給食における食物アレルギー対応委員会

委員名簿(平成27年度)

委員長	伏見 孝志	葛西中学校 校長
	千葉 友幸	宇喜田小学校 学校医
	荒巻 淳	松江第一中学校 副校長
	宇佐美 忍	下鎌田小学校 主任教諭
	鈴木 仁子	北小岩小学校 養護教諭
	木曾 ゆき子	松江第三中学校 養護教諭
	佐藤 寿子	東小松川小学校 栄養教諭
	岡崎 美喜子	南葛西小学校 学校栄養職員
	林 淳子	南葛西第三小学校 学校栄養職員
	小椋 明美	小松川第一中学校 学校栄養職員
	牛木 恵一	瑞江中学校 調理主任

事務局

山口 由美子	教育委員会事務局学務課給食保健係長
松本 由美子	教育委員会事務局学務課給食保健係主査
桑名 史	教育委員会事務局学務課給食保健係 給食担当
綿引 文	教育委員会事務局学務課給食保健係 保健担当
下村 衣代	教育委員会事務局学務課給食保健係 栄養士