

様式・資料集

- ・様式 1(食物アレルギーに関する調査について) p.14~16
- ・様式 2(食物アレルギー対応 個人面談票) p.17~20
- ・様式 3(学校生活管理指導表) p.21~22
- ・様式 4(食物アレルギー個別取り組みプラン 案) p.23
- ・様式 5(食物アレルギー対応に関する書類について) p.24~25
- ・様式 6(学校におけるアレルギー対応事故報告書) p.26
- ・様式 7(アレルギー対応におけるヒヤリハット報告書) p.27
- ・資料 8(症状チェックシート) p.28
- ・資料 9(エピペンの使い方) p.29
- ・様式 10(アレルギー対応解除届) p.30
- ・様式 11(給食対応解除届) p.31



令和 年 月

未就学児用

能美市教育委員会

食物アレルギーに関する調査について

能美市の小学校では、「食物アレルギーに対する学校給食実施基準」に基づき、学校給食における食物アレルギー対応をしております。小学校に入学されるお子様の様子について把握したいので、下記のアレルギー調査票にご記入ください。食物アレルギーのある方には小学校入学までに、学校よりご連絡いたします。

<食物アレルギーに関する調査票>

この用紙は就学時健診の際にご提出ください。

入学予定先	小学校	児童氏名	
		保護者氏名	

①現在、食物アレルギーがありますか。 ある()→ ②へ ない()→ 終了

②アレルギーを引き起こす原因食物と症状についてご記入ください。

原因食物	症状(できるだけ具体的に)
(例) たまご	湿疹ができる、食べると唇がはれる 等

③食物アレルギーで現在制限している食べ物がありますか。

ある()ない() → 「ある」に○をされた方は、その内容を具体的にお書きください。

例) 卵や卵の入った加工品は食べないようにしている

④食物アレルギーで学校生活において、気をつけなければならないことはありますか。

ある()ない() → 「ある」に○をされた方は、その内容を具体的にお書きください。

例) 給食当番や調理実習の際に、牛乳が皮膚に触れないように配慮してほしい

⑤学校給食での対応を希望しますか。

希望する() 希望しない()

※調査票の提出後に食物アレルギーが発症した場合は、速やかに学校にご連絡ください。

小学 6 年生用

令和 年 月

能美市教育委員会

食物アレルギーに関する調査について

能美市の中学校では、「食物アレルギーに対する学校給食実施基準」に基づき、学校給食における食物アレルギー対応をしております。入学前に現在のお子様の様子について把握したいので、下記のアレルギー調査票にご記入ください。この調査を基に中学校入学までに、学校よりご連絡いたします。

<食物アレルギーに関する調査票>

この用紙は新入生保護者説明会の際にご提出ください。

在籍学校名	小学校	児童氏名	
	年 組 番		
保護者氏名		連絡先(日中)	

①現在、食物アレルギーがありますか。 **ある()→ ②へ** **ない()→ 終了**

②アレルギーを引き起こす原因食物と症状についてご記入ください。

原因食物	症 状 (できるだけ具体的に)
(例) たまご	湿疹ができる、食べると唇がはれる 等

③食物アレルギーで現在制限している食べ物がありますか。

ある() ない() → 「ある」に○をされた方は、その内容を具体的にお書きください。

例) 卵や卵の入った加工品は食べないようにしている

④食物アレルギーで学校生活において、気をつけなければならないことはありますか。

ある() ない() → 「ある」に○をされた方は、その内容を具体的にお書きください。

例) 給食当番や調理実習の際に、牛乳が皮膚に触れないように配慮してほしい

⑤現時点での小学校における対応について○をつけてください。

A: 詳細な献立表配布

B: 一部弁当持参

C: 完全弁当持参

D: 対応なし

給食対応の継続を希望されますか。 **希望する() 希望しない()**

※ 調査票の提出後に食物アレルギーが発症した場合は、速やかに学校にご連絡ください。

転入時用

令和 年 月

能美市教育委員会

食物アレルギーに関する調査について

能美市の小学校では、「食物アレルギーに対する学校給食実施基準」に基づき、学校給食における食物アレルギー対応を実施しております。入学前に食物アレルギー対応について調査を行いますので、下記のアレルギー調査票にご記入ください。食物アレルギーのある方には、学校より対応についてご連絡いたします。

＜食物アレルギーに関する調査票＞

この用紙は学校にご提出ください。

転入学予定先	学校	児童氏名	
		保護者氏名	

- ①現在、食物アレルギーがありますか。 **ある()→②へ** **ない()→終了**
- ②アレルギーを引き起こす原因食物と症状についてご記入ください。

原因食物	症状（できるだけ具体的に）
(例) たまご	湿疹ができる、食べると唇がはれる 等

- ③食物アレルギーで現在制限している食べ物がありますか。
- ある()ない() →「ある」に○をされた方は、その内容を具体的にお書きください。
- 例) 卵や卵の入った加工品は食べないようにしている

- ④食物アレルギーで学校生活において、気をつけなければならないことはありますか。
また、以前通っていた学校で対応していた食品はありますか？
ある()ない() →「ある」に○をされた方は、その内容を具体的にお書きください。
例)給食当番や調理実習の際に、牛乳が皮膚に触れないように配慮してほしい

- ⑤学校給食での対応を希望しますか。

希望する () 希望しない ()

調査票の提出後に食物アレルギーが発症した場合は、速やかに学校にご連絡ください。

個人面談票

学校

年 組 氏名

保護者氏名

(印)

※緊急時は緊急連絡カードの連絡先に連絡します。別の連絡先の希望がある場合は下記にご記入ください。

連絡先氏名	続柄	連絡先及び勤務先	TEL(携帯でも可)

1. 原因となる食物・症状が出る時などについて

原因食物	いつから	判断した人	主な症状や出る時の状況	アナフィラキシー	コンタミネーション	運動誘発
	歳ごろ	医師・保護者		有・無	有・無	有・無
	歳ごろ	医師・保護者		有・無	有・無	有・無
	歳ごろ	医師・保護者		有・無	有・無	有・無

※アナフィラキシーが起きた時の状況について(アナフィラキシーショックがあった場合はその内容も記入ください)

2. 家庭での対応について(食事・調理時の除去、自宅での減感作療法について)

3. 治療の状況について

かかりつけ医療機関	①	②
	連絡先 () -	連絡先 () -
受診の頻度	A: 定期受診中(回) B: 症状が出た時のみ(最後 歳頃) C: 過去に受診(歳頃)	

	薬品名	用途(どのような時どのように)	学校に携帯	本人が管理使用
内服薬			する しない	できる できない
外用薬			する しない	できる できない
吸入薬			する しない	できる できない
エピペン®			する しない	できる できない

4. 学校生活の中での配慮や連絡事項について

体育・持久走 部活動など	
調理実習 お楽しみ会など	
宿泊学習 遠足など	
その他	

※給食時の注意について:給食当番、食事場所、他の児童生徒への注意など

5. 給食における食物アレルギー対応の希望について

希望されるものに丸を付けてください。希望に添えないこともありますので、ご了承ください。

①詳細な献立表で確認()

- ・原因食物が記入された詳細な献立表、加工食品一覧表を確認し、除去する食品を報告する。
- ・当日、印のあるものを本人が除去し給食を食べる。

②一部弁当持参()

- ・原因食物が記入された詳細な献立表、加工食品一覧表を確認し、弁当で代用するものを報告する。
- ・当日、印のあるもの以外と持参した弁当を食べる。

③完全弁当持参()

- ・給食は食わず、家庭から持参した弁当のみ食べる。

6. 緊急時の対応について

注意すべき症状	緊急時の対応	緊急時の搬送医療機関

※学校で食物アレルギー反応が出た場合は、「緊急時対応」に沿って対応させていただきます。

7. その他(学校内での情報共有について)

提出いただいた情報は、全教職員に共有させていただきます。また、必要に応じ同学級、学年の児童生徒に情報を提供します。(提出いただいた個人情報、食物アレルギー対応以外で使用することはありません。)

面談日： 年 月 日

聞き取り者 ()

個人面談票

〇〇〇 小学校

1 年 2 組 氏名 能美 太郎

保護者氏名 能美 一郎 (印)

※緊急時は緊急連絡カードの連絡先に連絡します。別の連絡先の希望がある場合は下記に記入してください。

連絡先氏名	能美 花子	緊急連絡先	緊急	コンタミネーション：同じ工場内で作成された場合でも症状が出る		
1. 原因となる食物・症状が		医師の診断が無くても、気になるものがある場合は記入ください。				
原因食物	いつから	判断した人	主な症状や出る時の状況	アナフィラキシー	コンタミネーション	運動誘発
たまご	1 歳ごろ	医師 保護者	触るだけで、手がかゆくなる	有 無	有 無	有 無
小麦	1 歳ごろ	医師 保護者	食べてしばらくすると、息が苦しくなる。	有 無	有 無	有 無
牛乳	4 歳ごろ	医師 保護者	牛乳を飲むとお腹が痛くなる。	有 無	有 無	有 無

※アナフィラキシーが起きた時の状況について(アナフィラキシーショックがあった場合はその内容も記入ください)

4歳の時、誤って卵入りのパンを食べてしまい、意識を失い緊急搬送された。

2. 家庭での対応について(食事・調理時の除去、自宅での減感作療法について)

たまご料理は家で作らない。

小麦は、医師の指導の基毎日うどん1本を夕食に食べている。(減感作療法を行っている)

牛乳は、冷たい火を通していないものを飲むと体調が悪くなるため、温めて飲んでる。

3. 治療の状況について

かかりつけ医療機関	① 〇〇小児科クリニック	②	アレルギーで受診している医療機関があればそちらを記入ください。
	連絡先 (〇〇)△△△△-××××	連絡先 ()	
受診の頻度	A: 定期受診中(月 1 回) B: 症状が出た時のみ(最後 歳頃) C: 過去に受診(歳頃)		

	薬 品 名	用 途(どのような時どのように)	学校に 携帯	本人が 管理使用
内服薬			する しない	できる できない
外用薬			する しない	できる できない
吸入薬			する しない	できる できない
エピペン®			する しない	できる できない

4. 学校生活の中での配慮や連絡事項について

体育・持久走 部活動など	皮膚が弱いため、発汗した後に、掻痒感を訴えたり、蕁麻疹のようなものが出現することがありますが、特に何もしなくても自然と治まります。
調理実習 お楽しみ会など	事前に内容を連絡してほしい。その際、対応内容を検討したい。 アレルギーと診断されていないが、丸芋を食べると口がかゆくなります。
宿泊学習 遠足など	事前に食事の内容を教えてほしい。また、食材を使った活動がある場合は、その内容も教えてほしい。
その他	お弁当を作る際の参考にしたいので、1か月の献立表を事前にもらいたい。

※給食時の注意について:給食当番、食事場所、他の児童生徒への注意など

たまご料理がある時の給食では、給食当番をさせないでほしい。

給食時間中は他の児童と机を離してほしい。

5. 給食における食物アレルギー対応の希望について

希望されるものに丸を付けてください。希望に添えないこともありますので、ご了承ください。

①詳細な献立表で確認()

- ・原因食物が記入された詳細な献立表、加工食品一覧表を確認し、除去する食品を報告する。
- ・当日、印のあるものを本人が除去し給食を食べる。

②一部弁当持参()

- ・原因食物が記入された詳細な献立表、加工食品一覧表を確認し、弁当で代用するものを報告する。
- ・当日、印のあるもの以外と持参した弁当を食べる。

③完全弁当持参(○)

- ・給食は食わず、家庭から持参した弁当のみ食べる。

緊急時の場合、希望に沿えないことがあります。

6. 緊急時の対応について

注意すべき症状	緊急時の対応	緊急時の搬送医療機関
掻痒感やじんましの出現	保護者に連絡後、医療機関に連絡	〇〇小児科クリニック

※学校で食物アレルギー反応が出た場合は、「緊急時対応」に沿って対応させていただきます。

7. その他(学校内での情報共有について)

提出いただいた情報は、全教職員に共有させていただきます。また、必要に応じ同学級、学年の児童生徒に情報を提供します。(提出いただいた個人情報、食物アレルギー対応以外で使用することはありません。)

ここは記入しないでください。

面談日： 年 月 日

聞き取り者()

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（ 歳） 学校 年 組 提出日 年 月 日

病型・治療		学校生活上の留意点		緊急時連絡先	
気管支ぜん息（あり・なし） A. 重症度分類（発作型） 1. 間欠型 2. 軽症持続型 3. 中等症持続型 4. 重症持続型 B-1. 長期管理薬（吸入薬） 1. ステロイド吸入薬 2. 長時間作用性吸入ベータ刺激薬 3. 吸入抗アレルギー薬（「インタール®」） 4. その他（ ） B-2. 長期管理薬（内服薬・貼付薬） 1. テオフィリン徐放製剤 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 3. ベータ刺激内服薬・貼付薬 4. その他（ ）		学校生活上の留意点 A. 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. 強い運動は不可 B. 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名（ ） C. 宿泊を伴う校外活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 D. その他の配慮・管理事項（自由記載）		★保護者 電話： ★連絡医療機関 医療機関名： 電話： 記載日 年 月 日 医師名 医療機関名	
アトピー性皮膚炎（あり・なし） 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、軽度の皮疹のみみられる。 2. 中等症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満にみられる。 3. 重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満にみられる。 4. 最重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上にみられる。 ※軽度の皮疹：軽度の紅斑、乾燥、発赤、丘疹、ひらり、浸潤、苔癬化などを伴う病変 ※強い炎症を伴う病変：紅斑、乾燥、発赤、丘疹、ひらり、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（ ） C. 食物アレルギーの合併 1. あり 2. なし		学校生活上の留意点 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. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名（ ） B. 動物との接触 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名（ ） C. 発汗後 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. （学校施設で可能な場合）夏季シャワー浴 D. その他の配慮・管理事項（自由記載）		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） 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（ ） 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（ ）		学校生活上の留意点 A. プール指導 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. プールへの入水不可 B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 C. その他の配慮・管理事項（自由記載）		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名	

名前

男・女

年 月 日生（ 歳）

学校

年 組

提出日

年 月 日

病型・治療		学校生活上の留意点		★保護者 電話： ★連絡医療機関 医療機関名： ★緊急時連絡先 電話：	
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） 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（ ） C. 原因食物・診断根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に診断根拠を記載 1. 鶏卵 《 》 2. 牛乳・乳製品 《 》 3. 小麦 《 》 4. ソバ 《 》 5. ビーナッツ 《 》 6. 種実類・木の实類 《 》 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（ ） E. その他（ ） F. その他（ ） G. その他（ ） H. その他（ ） I. その他（ ） J. その他（ ） K. その他（ ） L. その他（ ） M. その他（ ） N. その他（ ） O. その他（ ） P. その他（ ） Q. その他（ ） R. その他（ ） S. その他（ ） T. その他（ ） U. その他（ ） V. その他（ ） W. その他（ ） X. その他（ ） Y. その他（ ） Z. その他（ ） AA. その他（ ） AB. その他（ ） AC. その他（ ） AD. その他（ ） AE. その他（ ） AF. その他（ ） AG. その他（ ） AH. その他（ ） AI. その他（ ） AJ. その他（ ） AK. その他（ ） AL. その他（ ） AM. その他（ ） AN. その他（ ） AO. その他（ ） AP. その他（ ） AQ. その他（ ） AR. その他（ ） AS. その他（ ） AT. その他（ ） AU. その他（ ） AV. その他（ ） AW. その他（ ） AX. その他（ ） AY. その他（ ） AZ. その他（ ） BA. その他（ ） BB. その他（ ） BC. その他（ ） BD. その他（ ） BE. その他（ ） BF. その他（ ） BG. その他（ ） BH. その他（ ） BI. その他（ ） BJ. その他（ ） BK. その他（ ） BL. その他（ ） BM. その他（ ） BN. その他（ ） BO. その他（ ） BP. その他（ ） BQ. その他（ ） BR. その他（ ） BS. その他（ ） BT. その他（ ） BU. その他（ ） BV. その他（ ） BW. その他（ ） BX. その他（ ） BY. その他（ ） BZ. その他（ ） CA. その他（ ） CB. その他（ ） CC. その他（ ） CD. その他（ ） CE. その他（ ） CF. その他（ ） CG. その他（ ） CH. その他（ ） CI. その他（ ） CJ. その他（ ） CK. その他（ ） CL. その他（ ） CM. その他（ ） CN. その他（ ） CO. その他（ ） CP. その他（ ） CQ. その他（ ） CR. その他（ ） CS. その他（ ） CT. その他（ ） CU. その他（ ） CV. その他（ ） CW. その他（ ） CX. その他（ ） CY. その他（ ） CZ. その他（ ） DA. その他（ ） DB. その他（ ） DC. その他（ ） DD. その他（ ） DE. その他（ ） DF. その他（ ） DG. その他（ ） DH. その他（ ） DI. その他（ ） DJ. その他（ ） DK. その他（ ） DL. その他（ ） DM. その他（ ） DN. その他（ ） DO. その他（ ） DP. その他（ ） DQ. その他（ ） DR. その他（ ） DS. その他（ ） DT. その他（ ） DU. その他（ ） DV. その他（ ） DW. その他（ ） DX. その他（ ） DY. その他（ ） DZ. その他（ ） EA. その他（ ） EB. その他（ ） EC. その他（ ） ED. その他（ ） EE. その他（ ） EF. その他（ ） EG. その他（ ） EH. その他（ ） EI. その他（ ） EJ. その他（ ） EK. その他（ ） EL. その他（ ） EM. その他（ ） EN. その他（ ） EO. その他（ ） EP. その他（ ） EQ. その他（ ） ER. その他（ ） ES. その他（ ） ET. その他（ ） EU. その他（ ） EV. その他（ ） EW. その他（ ） EX. その他（ ） EY. その他（ ） EZ. その他（ ） FA. その他（ ） FB. その他（ ） FC. その他（ ） FD. その他（ ） FE. その他（ ） FF. その他（ ） FG. その他（ ） FH. その他（ ） FI. その他（ ） FJ. その他（ ） FK. その他（ ） FL. その他（ ） FM. その他（ ） FN. その他（ ） FO. その他（ ） FP. その他（ ） FQ. その他（ ） FR. その他（ ） FS. その他（ ） FT. その他（ ） FU. その他（ ） FV. その他（ ） FW. その他（ ） FX. その他（ ） FY. その他（ ） FZ. その他（ ） GA. その他（ ） GB. その他（ ） GC. その他（ ） GD. その他（ ） GE. その他（ ） GF. その他（ ） GG. その他（ ） GH. その他（ ） GI. その他（ ） GJ. その他（ ） GK. その他（ ） GL. その他（ ） GM. その他（ ） GN. その他（ ） GO. その他（ ） GP. その他（ ） GQ. その他（ ） GR. その他（ ） GS. その他（ ） GT. その他（ ） GU. その他（ ） GV. その他（ ） GW. その他（ ） GX. その他（ ） GY. その他（ ） GZ. その他（ ） HA. その他（ ） HB. その他（ ） HC. その他（ ） HD. その他（ ） HE. その他（ ） HF. その他（ ） HG. その他（ ） HH. その他（ ） HI. その他（ ） HJ. その他（ ） HK. その他（ ） HL. その他（ ） HM. その他（ ） HN. その他（ ） HO. その他（ ） HP. その他（ ） HQ. その他（ ） HR. その他（ ） HS. その他（ ） HT. その他（ ） HU. その他（ ） HV. その他（ ） HW. その他（ ） HX. その他（ ） HY. その他（ ） HZ. その他（ ） IA. その他（ ） IB. その他（ ） IC. その他（ ） ID. その他（ ） IE. その他（ ） IF. その他（ ） IG. その他（ ） IH. その他（ ） II. その他（ ） IJ. その他（ ） IK. その他（ ） IL. その他（ ） IM. その他（ ） IN. その他（ ） IO. その他（ ） IP. その他（ ） IQ. その他（ ） IR. その他（ ） IS. その他（ ） IT. その他（ ） IU. その他（ ） IV. その他（ ） IW. その他（ ） IX. その他（ ） IY. その他（ ） IZ. その他（ ） JA. その他（ ） JB. その他（ ） JC. その他（ ） JD. その他（ ） JE. その他（ ） JF. その他（ ） JG. その他（ ） JH. その他（ ） JI. その他（ ） JJ. その他（ ） JK. その他（ ） JL. その他（ ） JM. その他（ ） JN. その他（ ） JO. その他（ ） JP. その他（ ） JQ. その他（ ） JR. その他（ ） JS. その他（ ） JT. その他（ ） JU. その他（ ） JV. その他（ ） JW. その他（ ） JX. その他（ ） JY. その他（ ） JZ. その他（ ） KA. その他（ ） KB. その他（ ） KC. その他（ ） KD. その他（ ） KE. その他（ ） KF. その他（ ） KG. その他（ ） KH. その他（ ） KI. その他（ ） KJ. その他（ ） KL. その他（ ） KM. その他（ ） KN. その他（ ） KO. その他（ ） KP. その他（ ） KQ. その他（ ） KR. その他（ ） KS. その他（ ） KT. その他（ ） KU. その他（ ） KV. その他（ ） KW. その他（ ） KX. その他（ ） KY. その他（ ） KZ. その他（ ） LA. その他（ ） LB. その他（ ） LC. その他（ ） LD. その他（ ） LE. その他（ ） LF. その他（ ） LG. その他（ ） LH. その他（ ） LI. その他（ ） LJ. その他（ ） LK. その他（ ） LL. その他（ ） LM. その他（ ） LN. その他（ ） LO. その他（ ） LP. その他（ ） LQ. その他（ ） LR. その他（ ） LS. その他（ ） LT. その他（ ） LU. その他（ ） LV. その他（ ） LW. その他（ ） LX. その他（ ） LY. その他（ ） LZ. その他（ ） MA. その他（ ） MB. その他（ ） MC. その他（ ） MD. その他（ ） ME. その他（ ） MF. その他（ ） MG. その他（ ） MH. その他（ ） MI. その他（ ） MJ. その他（ ） MK. その他（ ） ML. その他（ ） MM. その他（ ） MN. その他（ ） MO. その他（ ） MP. その他（ ） MQ. その他（ ） MR. その他（ ） MS. その他（ ） MT. その他（ ） MU. その他（ ） MV. その他（ ） MW. その他（ ） MX. その他（ ） MY. その他（ ） MZ. その他（ ） NA. その他（ ） NB. その他（ ） NC. その他（ ） ND. その他（ ） NE. その他（ ） NF. その他（ ） NG. その他（ ） NH. その他（ ） NI. その他（ ） NJ. その他（ ） NK. その他（ ） NL. その他（ ） NM. その他（ ） NN. その他（ ） NO. その他（ ） NP. その他（ ） NQ. その他（ ） NR. その他（ ） NS. その他（ ） NT. その他（ ） NU. その他（ ） NV. その他（ ） NW. その他（ ） NX. その他（ ） NY. その他（ ） NZ. その他（ ） OA. その他（ ） OB. その他（ ） OC. その他（ ） OD. その他（ ） OE. その他（ ） OF. その他（ ） OG. その他（ ） OH. その他（ ） OI. その他（ ） OJ. その他（ ） OK. その他（ ） OL. その他（ ） OM. その他（ ） ON. その他（ ） OO. その他（ ） OP. その他（ ） OQ. その他（ ） OR. その他（ ） OS. その他（ ） OT. その他（ ） OU. その他（ ） OV. その他（ ） OW. その他（ ） OX. その他（ ） OY. その他（ ） OZ. その他（ ） PA. その他（ ） PB. その他（ ） PC. その他（ ） PD. その他（ ） PE. その他（ ） PF. その他（ ） PG. その他（ ） PH. その他（ ） PI. その他（ ） PJ. その他（ ） PK. その他（ ） PL. その他（ ） PM. その他（ ） PN. その他（ ） PO. その他（ ） PP. その他（ ） PQ. その他（ ） PR. その他（ ） PS. その他（ ） PT. その他（ ） PU. その他（ ） PV. その他（ ） PW. その他（ ） PX. その他（ ） PY. その他（ ） PZ. その他（ ） QA. その他（ ） QB. その他（ ） QC. その他（ ） QD. その他（ ） QE. その他（ ） QF. その他（ ） QG. その他（ ） QH. その他（ ） QI. その他（ ） QJ. その他（ ） QK. その他（ ） QL. その他（ ） QM. その他（ ） QN. その他（ ） QO. その他（ ） QP. その他（ ） QQ. その他（ ） QR. その他（ ） QS. その他（ ） QT. その他（ ） QU. その他（ ） QV. その他（ ） QW. その他（ ） QX. その他（ ） QY. その他（ ） QZ. その他（ ） RA. その他（ ） RB. その他（ ） RC. その他（ ） RD. その他（ ） RE. その他（ ） RF. その他（ ） RG. その他（ ） RH. その他（ ） RI. その他（ ） RJ. その他（ ） RK. その他（ ） RL. その他（ ） RM. その他（ ） RN. その他（ ） RO. その他（ ） RP. その他（ ） RQ. その他（ ） RR. その他（ ） RS. その他（ ） RT. その他（ ） RU. その他（ ） RV. その他（ ） RW. その他（ ） RX. その他（ ） RY. その他（ ） RZ. その他（ ） SA. その他（ ） SB. その他（ ） SC. その他（ ） SD. その他（ ） SE. その他（ ） SF. その他（ ） SG. その他（ ） SH. その他（ ） SI. その他（ ） SJ. その他（ ） SK. その他（ ） SL. その他（ ） SM. その他（ ） SN. その他（ ） SO. その他（ ） SP. その他（ ） SQ. その他（ ） SR. その他（ ） SS. その他（ ） ST. その他（ ） SU. その他（ ） SV. その他（ ） SW. その他（ ） SX. その他（ ） SY. その他（ ） SZ. その他（ ） TA. その他（ ） TB. その他（ ） TC. その他（ ） TD. その他（ ） TE. その他（ ） TF. その他（ ） TG. その他（ ） TH. その他（ ） TI. その他（ ） TJ. その他（ ） TK. その他（ ） TL. その他（ ） TM. その他（ ） TN. その他（ ） TO. その他（ ） TP. その他（ ） TQ. その他（ ） TR. その他（ ） TS. その他（ ） TT. その他（ ） TU. その他（ ） TV. その他（ ） TW. その他（ ） TX. その他（ ） TY. その他（ ） TZ. その他（ ） UA. その他（ ） UB. その他（ ） UC. その他（ ） UD. その他（ ） UE. その他（ ） UF. その他（ ） UG. その他（ ） UH. その他（ ） UI. その他（ ） UJ. その他（ ） UK. その他（ ） UL. その他（ ） UM. その他（ ） UN. その他（ ） UO. その他（ ） UP. その他（ ） UQ. その他（ ） UR. その他（ ） US. その他（ ） UT. その他（ ） UU. その他（ ） UV. その他（ ） UW. その他（ ） UX. その他（ ） UY. その他（ ） UZ. その他（ ） VA. その他（ ） VB. その他（ ） VC. その他（ ） VD. その他（ ） VE. その他（ ） VF. その他（ ） VG. その他（ ） VH. その他（ ） VI. その他（ ） VJ. その他（ ） VK. その他（ ） VL. その他（ ） VM. その他（ ） VN. その他（ ） VO. その他（ ） VP. その他（ ） VQ. その他（ ） VR. その他（ ） VS. その他（ ） VT. その他（ ） VU. その他（ ） VV. その他（ ） VW. その他（ ） VX. その他（ ） VY. その他（ ） VZ. その他（ ） WA. その他（ ） WB. その他（ ） WC. その他（ ） WD. その他（ ） WE. その他（ ） WF. その他（ ） WG. その他（ ） WH. その他（ ） WI. その他（ ） WJ. その他（ ） WK. その他（ ） WL. その他（ ） WM. その他（ ） WN. その他（ ） WO. その他（ ） WP. その他（ ） WQ. その他（ ） WR. その他（ ） WS. その他（ ） WT. その他（ ） WU. その他（ ） WV. その他（ ） WW. その他（ ） WX. その他（ ） WY. その他（ ） WZ. その他（ ） XA. その他（ ） XB. その他（ ） XC. その他（ ） XD. その他（ ） XE. その他（ ） XF. その他（ ） XG. その他（ ） XH. その他（ ） XI. その他（ ） XJ. その他（ ） XK. その他（ ） XL. その他（ ） XM. その他（ ） XN. その他（ ） XO. その他（ ） XP. その他（ ） XQ. その他（ ） XR. その他（ ） XS. その他（ ） XT. その他（ ） XU. その他（ ） XV. その他（ ） XW. その他（ ） XX. その他（ ） XY. その他（ ） XZ. その他（ ） YA. その他（ ） YB. その他（ ） YC. その他（ ） YD. その他（ ） YE. その他（ ） YF. その他（ ） YG. その他（ ） YH. その他（ ） YI. その他（ ） YJ. その他（ ） YK. その他（ ） YL. その他（ ） YM. その他（ ） YN. その他（ ） YO. その他（ ） YP. その他（ ） YQ. その他（ ） YR. その他（ ） YS. その他（ ） YT. その他（ ） YU. その他（ ） YV. その他（ ） YW. その他（ ） YX. その他（ ） YY. その他（ ） YZ. その他（ ） ZA. その他（ ） ZB. その他（ ） ZC. その他（ ） ZD. その他（ ） ZE. その他（ ） ZF. その他（ ） ZG. その他（ ） ZH. その他（ ） ZI. その他（ ） ZJ. その他（ ） ZK. その他（ ） ZL. その他（ ） ZM. その他（ ） ZN. その他（ ） ZO. その他（ ） ZP. その他（ ） ZQ. その他（ ） ZR. その他（ ） ZS. その他（ ） ZT. その他（ ） ZU. その他（ ） ZV. その他（ ） ZW. その他（ ） ZX. その他（ ） ZY. その他（ ） ZZ. その他（ ）		A. 給食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. 食物・食材を扱う授業・活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 C. 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 D. 宿泊を伴う校外活動 1. 配慮不要 2. 食事やイベントの際に配慮が必要 E. その他の配慮・管理事項（自由記載）		★保護者 電話： ★連絡医療機関 医療機関名： ★緊急時連絡先 電話：	
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） 2. 鼻噴霧用ステロイド薬 3. その他（ ）		学校生活上の留意点 A. 屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. その他の配慮・管理事項（自由記載）		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で共有することに同意しますか。

1. 同意する

2. 同意しない

保護者署名：

様式 4

食物アレルギー個別取り組みプラン

学校 _____ 校長名 _____ 印 _____
 (作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

学年・組	氏名	性別	生年月日
年 組		男 ・ 女	年 月 日

1.原因食物の確認

原因食物	具体的な症状	症状が出る時	アナフィラキシー	コンタミネーション	運動誘発
			有・無	有・無	有・無
			有・無	有・無	有・無

2.緊急時の対応

緊急時の対応が必要になった場合は「緊急時対応」に従って対応を行う。

注意すべき症状	緊急時の対応
薬品使用時の注意点について	緊急時の搬送医療機関

3.給食における食物アレルギー対応方法

対応方法	留意点

4.その他学校生活での対応について

給食時間	
掃除時間	
食物・食材を扱う活動授業	
運動	
行事	
持参薬	
エピペンの保管方法	

※本個別取り組みプランは _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日の期間実施します。

保護者氏名 _____ 印 _____

食物アレルギー対応に関する書類について

能美市立	学校	
年	組	番
	保護者	様

同封の書類をご確認いただき、毎月_____日までに本封筒に入れ学校へ提出ください。

※期日後の提出の場合、給食を適切に提供できない可能性がありますのご了承ください。

対応食材名(_____)

	3色献立表 (部)	詳細献立 (部)	盛付け表 (部)	連絡事項	保護者受領日	保護者印
4月分						
5月分						
6月分						
7月分						
9月分						
10月分						
11月分						
12月分						
1月分						
2月分						
3月分						

【お問い合わせ先】
能美市立
TEL

学校

食物アレルギー対応に関する書類について

能美市立 ○○小学校

1年 3組 12番 能美 太郎 様

保護者 様

同封の書類をご確認いただき、毎月 日までに本封筒に入れ学校へ提出ください。

※期日後の提出の場合、給食を適切に提供できない可能性がありますのご了承ください。

対応食材名(たまご、乳、小麦)

保護者に渡す書類は、各校
で異なる為、名称は各校で

	3色献立表 (1部)	詳細献立 (1部)	盛付け表 (1部)	連絡事項	保護者受領日	保護者印
4月分	()内の部数が同封されているか確認(書類の名称、枚数)			連絡事項があれば記入		
5月分						
6月分	✓	✓	✓			
7月分	保護者に渡す前に、必要書類 が同封されているか確認					
9月分						
10月分						
11月分						
12月分						
1月分				封筒等に貼り付け、食物アレルギーに関する書類等のやり取りを行う際に使用する。		
2月分						
3月分						

【お問い合わせ先】

能美市立

学校

TEL

教育委員会教育長 様

学 校 名

校 長

学校におけるアレルギー対応事故報告書

事故発生日	土 曜 日				
ふりがな				学年・組	
児童生徒氏名					
日常の対応	原因食物	☐ 鶏卵	☐ ピーナッツ	☐ 果実類	
		☐ 牛乳・乳製品	☐ 甲殻類	☐ 魚類	
		☐ 小麦	☐ 木の実類	☐ 肉類	
		☐ そば	☐ その他：		
	給食対応	☐ 特になし	☐ 詳細献立表対応	☐ 弁当	
		☐ 除去食	☐ 代替食		
	緊急時処方薬	☐ なし	☐ 内服薬	☐ エピペン	
	その他				
事故原因の食物	具体（ ）				
症状の有無	☐ あり ☐ なし				
* 有りの場合 の詳細 (複数回答)	☐ 皮膚のかゆみ	☐ 目のかゆみ	☐ 鼻水・鼻閉	☐ 吐き気・嘔吐	☐ せき込み
	☐ むくみ	☐ 流涙	☐ 口・のどの違和感・腫れ	☐ 下痢	☐ ゼーゼー
	☐ じんましん	☐ 目の浮腫	☐ のどのかゆみ・イガイガ感	☐ のどの締めつけ感	☐ 呼吸しづらい
	☐ 皮膚の発赤	☐ 眼瞼の腫れ	☐ 腹痛	☐ 声のかすれ	☐ アナフィラキシー
	☐ 目の充血	☐ くしゃみ	☐ 悪心	☐ 犬が吠えるような咳	☐ ショック
	☐ その他	()			
原因食物の摂取時間帯	発症の時間帯		症状発生場所		
発生の主な原因	()				
事故の概要と 対応 * 時系列で簡潔に	対応①			対応②	
再発防止策 * 箇条書きで簡潔に	・ ・ ・				
備考					

教育委員会教育長 様

学 校 名
校 長

アレルギー対応におけるヒヤリハット報告書

報告者職・氏名		
発生日時	土 曜 日	1:30 PM 頃
ふりがな		学年・組
児童生徒氏名		
発生場所	()	
発生の主な原因	()	
発生状況と対応	・ ・ ・ ・	
再発防止策 * 箇条書きで簡潔に	・ ・ ・	
備考		

症状チェックシート

◆症状は急激に変化することがあるため、5分ごとに、注意深く症状を観察する

◆ の症状が1つでもあてはまる場合、エピペン[®]を使用する。
(内服薬を飲んだ後にエピペン[®]を使用しても問題ない)

観察を開始した時刻 (時 分) 内服した時刻 (時 分) エピペン[®]を使用した時刻 (時 分)

全身の症状

- ☐ ぐったり
- ☐ 意識もうろう
- ☐ 尿や便を漏らす
- ☐ 脈が触れにくいまたは不規則
- ☐ 唇や爪が青白い

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
- ☐ 持続する強い咳き込み
- ☐ ゼーゼーする呼吸

数回の軽い咳

消化器の症状

- ☐ 持続する強い(がまんできない)お腹の痛み
- ☐ 繰り返し吐き続ける

- ☐ 中等度のお腹の痛み
- ☐ 1~2回のおう吐
- ☐ 1~2回の下痢

- ☐ 軽いお腹の痛み(がまんできる)
- ☐ 吐き気

目・口・鼻・顔面の症状

- ☐ 顔全体の腫れ
- ☐ まぶたの腫れ

- ☐ 目のかゆみ、充血
- ☐ 口の中の違和感、唇の腫れ
- ☐ くしゃみ、鼻水、鼻づまり

皮膚の症状

上記の症状が
1つでもあてはまる場合

- ☐ 強いかゆみ
- ☐ 全身に広がるじんま疹
- ☐ 全身が真っ赤

- ☐ 軽度のかゆみ
- ☐ 数個のじんま疹
- ☐ 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[®]を使用する
- ②救急車を要請する(119番通報)
- ③その場で安静を保つ
(立たせたり、歩かせたりしない)
- ④その場で救急隊を待つ
- ⑤可能なら内服薬を飲ませる

緊急性の判断と対応2 参照

**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分ごとに症状の変化を観察し、 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[®]の使い方

◆それぞれの動作を声に出し、確認しながら行う

① ケースから取り出す



ケースのカバーキャップを開けエピペン[®]を取り出す

② しっかり握る



オレンジ色のニードルカバーを下に向け、利き手で持つ
“グー”で握る!

③ 安全キャップを外す



青い安全キャップを外す

④ 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)を軽くあて、“カチッ”と音がするまで強く押しあてそのまま5つ数える
注射した後すぐに抜かない!
押しつけたまま5つ数える!

⑤ 確認する



使用前 使用後

エピペン[®]を太ももから離しオレンジ色のニードルカバーが伸びているか確認する
伸びていない場合は「④に戻る」

⑥ マッサージする



打った部位を10秒間、マッサージする

介助者がいる場合



介助者は、子供の太ももの付け根と膝をしっかり抑え、動かないように固定する

注射する部位

- 衣服の上から、打つことができる
- 太ももの付け根と膝の中央部で、かつ真ん中(Ⓐ)よりやや外側に注射する

仰向けの場合



座位の場合



年 月 日

食物アレルギー対応解除届

能美市立 学校長 あて

能美市立 学校

年 組 氏名

本児は食物アレルギーの診断を受け、対応していた(食品名:)
 に関して、医師の指導のもと、これまで家庭で複数回食べても症状が誘発されていない
 ので、学校における対応の完全解除をお願いしたため届出をします。

保護者氏名 印

主治医の解除診断	医療機関名 : 医師名 : 診断日 : 年 月 日
----------	---------------------------------

その他(保護者、医師からの連絡事項等がありましたら記入ください。)

学校記入	年 月 日に解除しました。 確認者名 印
------	-------------------------

年 月 日

給食対応解除届

能美市立 学校長 あて

能美市立 学校

年 組 氏名

本児は食物アレルギーの診断を受け給食対応を依頼しておりましたが、この度、下記の事由により学校における給食対応の完全解除をお願いしたため届出をします。

☐ 本児が自分で対応できるようになった

☐ その他()

保護者氏名 印

主治医の解除診断	医療機関名： 医師名： 診断日： 年 月 日
----------	------------------------------

その他(保護者、医師からの連絡事項等がありましたら記入ください。)

学校記入	年 月 日に解除しました。 確認者名 印
------	-------------------------