

各種様式

・食物アレルギーの調査について【様式1 (中)】	36
・学校給食アレルギー対応食実施意向調査について【様式2-① (小)】	37
・学校給食アレルギー対応食実施意向調査について【様式2-① (中)】	38
・学校給食アレルギー対応希望者面談調査表【様式2-②】	39
・新居浜市学校給食アレルギー対応食実施意向調査表【様式2-③ (小)】	40
・新居浜市学校給食アレルギー対応食実施意向調査表【様式2-③ (小)】《記入例》	41
・新居浜市学校給食アレルギー対応食実施意向調査表【様式2-③ (中)】	42
・新居浜市学校給食アレルギー対応食実施意向調査表【様式2-③ (中)】《記入例》	43
・「学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)」等の記入のお願い【様式2-④】	44
・学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)【様式2-⑤表・裏】	45, 46
・アレルギー除去食に関する連絡書 (主治医意見書) 愛媛版 2016【様式2-⑥】	47
・除去食品指導表【様式2-⑦】	48
・面談記録票 (初回)【様式3-①表・裏】	49, 50
・面談等記録票 (2回目以降)【様式3-②】	51
・食物アレルギー対応個人カルテ【様式3-③ (小)】	52
・食物アレルギー対応個人カルテ【様式3-③ (中)】	53
・食物アレルギー児童生徒一覧表【様式3-④】	54
・食物アレルギー対応食決定通知書 (新規・継続・変更用)【様式4-①】	55
・新居浜市学校給食アレルギー対応食実施予定内容表【様式4-②】	56
・新居浜市学校給食アレルギー対応食実施承諾書【様式4-③】	57
・新居浜市学校給食アレルギー対応食変更 (中止) 願【様式4-④】	58
・学校で「医療用医薬品」を預かる場合について【様式5-①】	59
・医療用医薬品預かり書 (依頼書)【様式5-②】	60
・医療用医薬品及び書類の更新について (お願い)【様式5-③】	61
・アドレナリン自己注射薬に関する情報登録の依頼について【様式6-①】	62
・アドレナリン自己注射薬に関する情報登録の削除について (依頼)【様式6-②】	63
・学校給食による事故報告書 (事故レベル1・2・3)【様式7】	64
・アレルギー ヒヤリハット報告書【様式8】	65

資料

・健康調査票 (新居浜市教育委員会) (資料1)	66
・学校給食における事故報告について (通知) (資料2)	67
・報告の基準 (資料3)	68
・報告の流れ (資料4)	69

【様式1 (中)】

年 月 日

保護者各位

新居浜市学校給食課
課長

食物アレルギーの調査について

時下益々御清祥のこととお喜び申し上げます。

新居浜市では学校給食の実施にあたり、中学校でも可能な限りアレルギー対応食を実施しております。

つきましては、次の「食物アレルギーの調査」について御記入の上、 月 日()
 までに提出をお願いします。

アレルギー対応食を希望される方は、後日必要書類をお渡しします。

ふりがな		男 女	予定進学先
児童氏名			中学校
連絡先TEL			

問1 食物アレルギーがありますか？

※ 該当するものに○をつけてください。

() ある

() ない 「ない」にお答えいただいた方は調査はここで終了です。

問2 問1で「ある」と答えた人は、アレルギーの状況について御記入ください。

原因となる食品	アレルギー症状(食べるとどうなるのか具体的に記入してください。)

問3 問1で「ある」と答えた人は、アレルギー対応食を希望しますか？

※ 該当するものに○をつけてください。

() 希望する → 対応食品

() 希望しない

食物アレルギーがあり、学校生活での対応が必要な方は、必要書類(医師の診断書など)の提出と関係職員との面談が必要となります。

【様式2-①(小)】

年 月 日

保護者各位

新居浜市立 小学校
校 長

学校給食アレルギー対応食実施意向調査について

時下益々御清祥のこととお喜び申し上げます。

学校給食のアレルギー対応食の実施にあたり、次の提出書類を御記入の上、学校へ提出をお願いします。

ただし、調味料・揚げ油・コンタミネーション（原材料として使用していないにも関わらず、アレルギー物質が微量混入してしまうこと）に関しては対応しません。また、ピーナッツ・そばは学校給食では使用しません。

【給食対応が必要な場合の提出書類】

- | | |
|---------------------------|------------|
| 1 学校給食アレルギー対応希望面談調査表 | 【様式2-②】 |
| 2 新居浜市学校給食アレルギー対応食実施意向調査表 | 【様式2-③(小)】 |
| 3 学校生活管理指導表 | 【様式2-⑤表裏】 |
| 4 アレルギー除去食に関する連絡書（主治医意見書） | 【様式2-⑥】 |
| 5 除去食品指導表 | 【様式2-⑦】 |

※3、4、5は担当医に提出し、記入してもらってください。

※2年目以降の場合、昨年度に引き続き継続希望の場合は1～5の提出が必要になります。ただし、1については面談希望者のみ提出してください。

※ピーナッツ・そばのみのアレルギー等で給食対応が必要でないが、学校での管理が必要な場合は、3学校生活管理指導表【様式2-⑤表裏】のみ提出が必要です。

【提出期限】

年 月 日 ()

※不明な点、質問がありましたら御連絡ください。

連絡先： 小学校 Tel — —
担当者：職名 氏名

【様式2-①(中)】

年 月 日

保護者各位

新居浜市学校給食センター
所長

学校給食アレルギー対応食実施意向調査について

時下益々御清祥のこととお喜び申し上げます。

学校給食のアレルギー対応食の実施にあたり、次の提出書類を御記入の上、学校へ提出をお願いします。

ただし、調味料・揚げ油・コンタミネーション（原材料として使用していないにも関わらず、アレルギー物質が微量混入してしまうこと）に関しては対応しません。また、ピーナッツ・そばは学校給食では使用しません。

【給食対応が必要な場合の提出書類】

- | | |
|---------------------------|------------|
| 1 学校給食アレルギー対応希望面談調査表 | 【様式2-②】 |
| 2 新居浜市学校給食アレルギー対応食実施意向調査表 | 【様式2-③(中)】 |
| 3 学校生活管理指導表 | 【様式2-⑤表裏】 |
| 4 アレルギー除去食に関する連絡書（主治医意見書） | 【様式2-⑥】 |
| 5 除去食品指導表 | 【様式2-⑦】 |

※3、4、5は担当医に提出し、記入してもらってください。

※2年目以降の場合、昨年度に引き続き継続希望の場合は1～5の提出が必要になります。ただし、1については面談希望者のみ提出してください。

※ピーナッツ・そばのみのアレルギー等で給食対応が必要でないが、学校での管理が必要な場合は、3学校生活管理指導表【様式2-⑤表裏】のみ提出が必要です。

【提出期限】

____年 ____月 ____日 ()

※不明な点、質問がありましたら御連絡ください。

連絡先：学校給食センター Tel 0897-31-7470

担当者：職名 氏名

【様式2-②】

学校給食アレルギー対応食希望者面談調査表

ふりがな		男 女
児童生徒氏名		
保護者氏名		
連絡先TEL		

※面談予定日の打ち合わせのために連絡しますので、面談に参加される方に連絡できる連絡先を御記入ください。

面談時間などの希望はありますか？○を御記入ください。

() ない

() ある



ある場合は、具体的な希望日時や曜日を御記入ください。

[]

※ 面談はすべての書類を提出いただいた後に実施いたします。

面談日時については、後日御相談させていただきますので、よろしく御協力ください。

【様式2-③ (小)】

新居浜市学校給食アレルギー対応食実施意向調査表

年 月 日

(宛先) 新居浜市立 小学校長

保護者氏名 (自署)

フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
児童氏名					
学級名	年 組			学級担任	
住 所				電 話	
かかりつけの病院又は主治医				電 話	
アレルギー症状に対する薬品	有・無 (薬品名)				

1 アレルギーの状況

原因となる食品 (制限食品)	
アレルギーの症状 (食るとどうなるのか) 具体的に御記入ください	

2 家庭でどのように対応しているか、具体的に御記入ください

--

3 学校給食でどのように対応してほしいか、具体的に御記入ください

--

※受付日

年 月 日

学級担任	養護教諭	栄養教職員	校 長

【様式2-③ (小)】

《記入例》 新居浜市学校給食アレルギー対応食実施意向調査表

年 月 日

(宛先) 新居浜市立〇〇小学校長

保護者氏名 (自署)

フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
児童氏名					
学級名	※確定後記入しますので空欄にしてください。 1 年 組			学級担任	
住 所				電 話	
かかりつけの病院又は主治医				電 話	
アレルギー症状に対する薬品	有・無 (薬品名)				

1 アレルギーの状況

原因となる食品 (制限食品)	※ なるべく詳しく御記入ください。 【例】 鶏卵 (微量も不可) 鶏卵 (焼き菓子などの鶏卵が少量含まれる食品は可能)
アレルギーの症状 (食べたとうなるのか) 具体的に御記入ください	※ なるべく詳しく御記入ください。 【例】 〇〇をどれくらいの量食べて△△分後に□□の症状 が出た

2 家庭でどのように対応しているか、具体的に御記入ください

※ なるべく詳しく御記入ください。 【例】 調味料は特別に準備をしていないが、加工食品に混入している場合は食べさせていない。 加工食品などは、食べている。

3 学校給食でどのように対応してほしいか、具体的に御記入ください

※ なるべく詳しく具体的に御記入ください。 【例】 原因食品の除去をお願いしたい。
--

※受付日

年 月 日

学級担任	養護教諭	栄養教職員	校 長

【様式2-③ (中)】

新居浜市学校給食アレルギー対応食実施意向調査表

年 月 日

(宛先) 新居浜市学校給食センター所長

保護者氏名 (自署)

フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
生徒氏名				進学先	中学校
学校名	学校 年 組			学級担任	
住 所	新居浜市			電 話	
かかりつけの病院又は主治医				電 話	
アレルギー症状に対する薬品	有 ・ 無 (薬品名)				

1 アレルギーの状況

原因となる食品 (制限食品)	
アレルギーの症状 (食るとどうなるのか) 具体的に御記入ください	

2 家庭でどのように対応しているか、具体的に御記入ください

--

3 学校給食でどのように対応してほしいか、具体的に御記入ください

--

※確認日 (年 月 日)

中学校 職名:

氏名:

※ 受付日

学校給食センター	年 月 日	栄養士	印	所 長	印
----------	-------	-----	---	-----	---

【様式2-③ (中)】

《記入例》 新居浜市学校給食アレルギー対応食実施意向調査表

年 月 日

(宛先) 新居浜市学校給食センター所長

保護者氏名 (自署)

フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
生徒氏名				進学先	決定後に記入し提出 してください
学校名	学校 年 組			学級担任	
住 所	新居浜市			電 話	
かかりつけの病院又は主治医				電 話	
アレルギー症状に対する薬品	有 ・ 無 (薬品名)				

1 アレルギーの状況

原因となる食品 (制限食品)	※ なるべく詳しく御記入ください。 【例】 鶏卵 (微量も不可) 鶏卵 (焼き菓子などの鶏卵が少量含まれる食品は可能)
アレルギーの症状 (食るとどうなるのか) 具体的に御記入ください	※ なるべく詳しく御記入ください。 【例】 ○○をどれくらいの量食べて△△分後に□□の症状 が出た

2 家庭でどのように対応しているか、具体的に御記入ください

※ なるべく詳しく御記入ください。 【例】 調味料は特別に準備をしていないが、加工食品に混入している場合は食べさせていない。 加工食品などは、食べている。

3 学校給食でどのように対応してほしいか、具体的に御記入ください

※ なるべく詳しく具体的に御記入ください。 【例】 原因食品の除去をお願いしたい。
--

※確認日 (年 月 日)

中学校 職名:

氏名:

※ 受付日

学校給食センター	年 月 日	栄養士	印	所 長	印
----------	-------	-----	---	-----	---

【様式2-④】

年 月 日

主治医 殿

新居浜市教育委員会

「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」等の記入のお願い

時下益々御清祥のことと拝察いたします。

日頃より、本校の教育活動に御理解と御協力をいただき、心より感謝申し上げます。

さて、文部科学省では、アレルギー疾患のある児童生徒が安全・安心に学校生活を送ることができるよう「学校生活管理指導表」((公財)日本学校保健会)に基づき対応を行うよう指導をしています。

新居浜市でも、アレルギー疾患のある児童生徒の学校生活を安全で安心なものとするため、アレルギー疾患について詳しい情報を各校で把握し、適切に対応するよう努めているところです。

つきましては、御多用のところ大変恐縮ですが、次の書類に御記入いただき、保護者へお渡しいただきますようお願いいたします。

なお、御記入して頂いた書類を基に、校内食物アレルギー対応委員会で個人の「支援プラン」を作成し、給食や緊急時の対応を行っていきますので、今後とも御指導をよろしくお願いいたします。

- 1 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）
- 2 アレルギー除去食に関する連絡書（主治医意見書）
- 3 除去食品指導表

* 2、3につきましては、愛媛県医師会・愛媛県小児科医会作成の書類になります。

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 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	
Ⅰ アナフィラキシー (あり・なし) 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 Ⅱ 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 Ⅲ 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. ピーナッツ 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 Ⅳ 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		Ⅰ 給食 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅱ 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅲ 運動 (体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅳ 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅴ 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・乳清成分カルシウム 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・いりごだし・魚醤 肉類：エキス Ⅵ その他の配慮・管理事項 (自由記述)	
Ⅰ アナフィラキシー (あり・なし) 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良 Ⅱ-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2刺激薬配合剤 3. その他 Ⅱ-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 Ⅱ-3 長期管理薬 (注射) 1. 生物学的製剤 Ⅲ 発作時の対応 1. ベータ2刺激薬吸入 2. ベータ2刺激薬内服		Ⅰ 運動 (体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅱ 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 Ⅲ 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅳ その他の配慮・管理事項 (自由記述)	
★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		★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	

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 _____ 月 _____ 日 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 重症度のゆやす (厚生労働科学研究班) 1. 軽症：面頬に問わず、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. 重症症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上に見られる。 * 慢性の皮疹：軽度の紅斑、乾癬、糸状疣、顔面体の病変 * 強い炎症を伴う皮疹：紅斑、丘疹、ひらん、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 （「アトピック」） 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校外線下での活動 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. 春萎カタル 4. アトピー性角結膜炎 5. その他（ ）</p> <p>B 治療 1. 抗アレルギー一点眼薬 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>C 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 (タニ・スキ) 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>B 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 _____

【様式2-⑥】

アレルギー除去食に関する連絡書(主治医意見書)－愛媛版2016

名 前 _____ さん(男、女) _____ 年 月 日生

診断名 1 食物アレルギー _____ 2 _____ 3 _____

本児は診察、検査の結果、以下の食物について除去が必要と考えられます。

- 除去が必要な食品名、および調理と食事の際の注意点は以下の通りです。
 鶏卵 牛乳 小麦 大豆 ピーナッツ ナッツ類 ゴマ
 甲殻類・軟体類 魚 肉 果物 魚卵 山芋 ソバ
 *詳細は2頁目の除去食物指導表を参照してください。
 微量のアレルゲン混入を防ぐため専用の調理器具の使用が必要 一般的対応で可
 誤食を防ぐため十分な観察と注意の中で食べさせることが必要 一般的対応で可
 定期的内服薬の有無 有(_____)無
- 食物アレルギーと診断した方法は次の通りです。
問診・視診、食物日誌、食物除去・負荷試験の反応、皮膚テスト、
血液検査(IgE, RAST, HRT等)、その他：
- 摂取した場合に出現する可能性のある症状は次の通りです。

食品名	1	2	3	4	5	6	7	8	
<input type="checkbox"/> 鶏卵	<input type="checkbox"/> 未摂取 <input type="checkbox"/> その他(_____)								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 未摂取 <input type="checkbox"/> その他(_____)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 未摂取 <input type="checkbox"/> その他(_____)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 未摂取 <input type="checkbox"/> その他(_____)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 未摂取 <input type="checkbox"/> その他(_____)

出現しうる症状 1 ショック 2 咳き込み・呼吸困難 3 嘔吐・腹痛 4 全身蕁麻疹
 5 赤み・かゆみ 6 下痢 7 口腔内症状 8 湿疹の悪化
- 原因食品摂取時には、保護者に至急連絡し指示を受けて下さい。
 緊急の場合には以下の対応が必要です 緊急の対応が必要となる可能性は少ない
 内服薬 (_____)
 医療機関連絡・受診: 当院 救急病院 その他(_____)
 自己注射(エピペン0.15mg・0.3mg)
 *緊急の事態に保護者に連絡がとれない場合、園・学校から主治医に連絡し指示を受けることに 保護者が 同意を している していない 不明
- 本連絡書(意見書)の内容については、下記の期間をおいて再評価が必要です。
1ヶ月後 3ヶ月後 6ヶ月後 1年後 (_____)年後
- その他の連絡事項

年 月 日

住 所 _____
 医療機関 _____
 電話番号 _____
 医 師 _____

【様式2-⑦】

患者名: _____ さん _____ 年 _____ 月 _____ 日記入

除去食品指導表

食物アレルギーのため**除去の必要な食品**は、にチェックを入れます。

鶏卵アレルギー
<input type="checkbox"/> 生卵・生メレンゲを使ったお菓子 生卵入りの生クリーム・アイスクリームなど
<input type="checkbox"/> 半熟卵を含む料理や菓子 親子どんぶり・かき玉汁・卵とじ カスタードクリーム・マヨネーズなど
<input type="checkbox"/> 加熱卵白を相当量含む料理や菓子 卵焼き・茶碗蒸し・ゆで卵・薄焼き卵 プリン・カステラ・ケーキ・菓子パンなど
<input type="checkbox"/> 加熱卵白を中等量含む菓子 ドーナツ・卵ボーロ・クッキー・ビスケット
<input type="checkbox"/> つなぎに卵白を少量含む製品 練り製品・ハム・ソーセージ・ベーコン
<input type="checkbox"/> 加熱した卵を微量含む 食パン・天ぷら粉・麺類など
<input type="checkbox"/> 固ゆで卵の卵黄

牛乳アレルギー
<input type="checkbox"/> 牛乳・粉ミルク・フルーツ牛乳
<input type="checkbox"/> 生の牛乳を用いた食品 アイスクリーム・生クリーム
<input type="checkbox"/> チーズ
<input type="checkbox"/> 加熱牛乳、ヨーグルト
<input type="checkbox"/> 牛乳を加熱して使った料理 プリン、ホワイトソース
<input type="checkbox"/> 乳酸菌飲料
<input type="checkbox"/> 牛乳を含むパン・焼き菓子
<input type="checkbox"/> バターのみを含むパン・焼き菓子
<input type="checkbox"/> バター、マーガリンを使った料理
※ 分かっている場合、 牛乳換算(_____ ml)まで
※ アレルギー用ミルクを使用している場合 ミルク名(_____)

小麦アレルギー
<input type="checkbox"/> 小麦粉を主体とした製品 うどん、スパゲッティ・パスタ類 麩(ふ)、パン類
<input type="checkbox"/> カレー・シチュなどのルー
<input type="checkbox"/> 肉・練り製品のつなぎ
<input type="checkbox"/> オートミール・麦茶
<input type="checkbox"/> 小麦入り醤油、味噌など

大豆アレルギー
<input type="checkbox"/> 豆乳 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> きなこ
<input type="checkbox"/> 枝豆 <input type="checkbox"/> おから
<input type="checkbox"/> 納豆 <input type="checkbox"/> 豆腐
<input type="checkbox"/> 大豆もやし
<input type="checkbox"/> 大豆入り味噌や醤油
<input type="checkbox"/> 大豆油を使った料理や菓子

- | | | | | |
|--------------------------------|--|------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> ピーナッツ | <input type="checkbox"/> ナッツ全般 (<input type="checkbox"/> アーモンド | <input type="checkbox"/> クルミ | <input type="checkbox"/> カシューナッツ | <input type="checkbox"/> |
| 甲殻類・軟体類 | <input type="checkbox"/> 全般 <input type="checkbox"/> エビ <input type="checkbox"/> カニ | <input type="checkbox"/> イカ | <input type="checkbox"/> タコ | <input type="checkbox"/> 貝類 |
| 魚 | <input type="checkbox"/> 全般 右の魚のみ不可 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 肉類 | <input type="checkbox"/> 鶏肉 <input type="checkbox"/> 牛肉 <input type="checkbox"/> 豚肉 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 果物 | <input type="checkbox"/> キウイ <input type="checkbox"/> バナナ <input type="checkbox"/> リンゴ | <input type="checkbox"/> モモ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 魚卵 | <input type="checkbox"/> 全般 (<input type="checkbox"/> イクラ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| その他 | <input type="checkbox"/> 山芋 <input type="checkbox"/> ソバ <input type="checkbox"/> ゴマ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

【様式3-①表】

面談記録票（初回）

※ 初回面談以降の内容については別紙に記録する。

面談年月日	年 月 日	面談出席者	養護教諭 その他（ ） 栄養教諭・学校栄養職員
児童生徒氏名	年 組	保護者氏名	
初回面談時の確認内容			特記事項
1 提出書類の確認 <input type="checkbox"/> アレルギー対応食実施意向調査表 <input type="checkbox"/> 学校生活管理指導表 <input type="checkbox"/> アレルギー除去食に関する連絡書、除去食品指導表			
2 アレルギーの原因となる食品とその症状・出現までの時間の確認 <input type="checkbox"/>			
3 運動で症状を発症したことの有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 食事と関連有り <input type="checkbox"/> 食事と関連無し）			
4 アナフィラキシーを起こしうる食品の確認 <input type="checkbox"/>			
5 アナフィラキシーショックの経験の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ _____ 歳頃 回数： _____ 回 ）			
6 服薬状況 ・エピペンの処方 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・内服薬 <input type="checkbox"/> 有（ _____ ） <input type="checkbox"/> 無 ・その他（吸入薬・外用薬等） <input type="checkbox"/> 有（ _____ ） <input type="checkbox"/> 無 ・薬の携帯 <input type="checkbox"/> 希望する（薬剤名： _____ ） <input type="checkbox"/> 希望しない 希望する場合→管理場所（ _____ ） 本人使用 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない			
7 緊急時の対処方法の確認 <input type="checkbox"/>			
8 発作がおこりやすい運動や天候・季節の確認 <input type="checkbox"/>			
9 原因食品を扱う授業や活動の制限確認 <input type="checkbox"/>			
10 宿泊を伴う校外活動の配慮事項の確認 <input type="checkbox"/>			
11 家庭でのアレルギーの対応の取り組みについて <input type="checkbox"/>			

【様式3-②】

(児童生徒名 :

)

NO.

面談等記録票 (2回目以降)

※電話や手紙などでのやり取りも記録を残しておくこと！

面談年月日 (面談相手)	内容



食物アレルギー対応 個人カルテ

新居浜市立 小学校

フリガナ 名前	男・女	年	月	日生	アレルゲン	小学校
注意すべき症状 緊急時の対応						

【学校における配慮事項・アレルギー発症状況】

学年・組	1年組	2年組	3年組	4年組	5年組	6年組
担任名						
①学校への持参薬						
②薬の保管場所						
③本人への指導						
④他の児童への指導(同意を)						
⑤給食当番						
⑥掃除当番						
⑦飼育						
⑧体育・運動会の参加						
⑨校外学習						
⑩宿泊学習						
⑪調理実習						
⑫クラブ活動						

<注意事項>

- * 緊急時の対応については、初回の面談時に必ず確認しておく。変更がある場合は、その都度、保護者に連絡をしてもらう。
- * 学校において、緊急対応を行った場合は、別紙に詳細な記録を残しておく。(教育委員会等への報告書の写しで可。当時の記録のメモなども残しておく。)
- * 配慮事項・アレルギー発症状況の欄に記入する際、具体的な配慮すべきことを記入する。
例：②牛乳が落ちている場合があるので、掃除の際、ぞうきんはさせない。



食物アレルギー対応 個人カルテ

新居浜市立 中学校

フリガナ 名 前	男・女	年 月 日 生	アレルゲン	中学校
注意すべき症状 緊急時の対応				

【学校における配慮事項・アレルギー発症状況】

学年・組 担任名	小学校からの引継ぎ		
	1年 組	2年 組	3年 組
①学校への持参薬			
②薬の保管場所			
③本人への指導			
④他の児童への指導 (同意を)			
⑤給食当番			
⑥掃除当番			
⑦体育・運動会の参加			
⑧校外学習			
⑨宿泊学習			
⑩調理実習			

<注意事項>

- * 緊急時の対応については、初回の面談時に必ず確認しておく。変更がある場合は、その都度、保護者に連絡をもらう。
- * 学校において、緊急対応を行った場合は、別紙に詳細な記録を残しておく。(教育委員会等への報告書の写しで可。当時の記録のメモなども残しておく。)
- * 配慮事項・アレルギー発症状況の欄に記入する際、具体的な配慮すべきことを記入する。
例：②牛乳が落ちていた場合があるので、掃除の際、ぞうきんはさせない。

【様式3-④】

食物アレルギー児童生徒一覧表

NO	1	2	3	4	5
学年					
組					
児童・生徒氏名					
原因物資					
給食調理での対応					
牛乳注文の有無 ※中学校のみ	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
一部弁当持参	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
症状					
アナフィラキシー 経験の有無	有 無 回数: 回 最終発症:年 月				
エピペンの有無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
薬の有無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
医療機関名 と連絡先					
備考					

【様式4-①】

食物アレルギー対応食決定通知書（新規・継続・変更用）

年 月 日

様

新居浜市立 学校
 学校長 ㊟

年 月 日付けで申請のあった食物アレルギー等による学校給食への対応について、次のとおり決定したので通知します。

実施対象児童生徒	学校名	学校 年 組
	氏名	
面談日	年 月 日	
対応開始月	年 月 から ※ 対応期間は、原則として1年間とする。翌年の対応は変更の可能性有。	
対応内容		
特記事項		

【様式4-②】

新居浜市学校給食アレルギー対応食実施予定内容表

○年○月アレルギー用予定献立表		※ 下記の内容に変更がある場合は、別紙にご記入ください。	
にち	よつび	ごんだてめい	●年
			●組
			●● ●● さん
			卵・えび・かに・ししゃも・たらこ・いくら・日本そば・ごま・ピーナツ・アーモンド・キウイ・バナナ・メロン・りんご・パイナップル・マンゴー・すいか
1	水	牛乳 コッペパン 豚肉のかりんとう揚げ ほうれん草のナムル トックスープ	アーモンド除去 ごま油除去 卵・ごま・ごま油除去
2	木	牛乳 ご飯 干草卵 卵の花炒め 味噌汁(大根・焼き麩) のり佃煮(以前と同じ)	鶏のてりやきに変更 えび除去 ふりかけに変更
3	金	牛乳 コッペパン いわしのパン粉ソースかけ 小松菜ソテー 野菜スープ 節分豆	
6	月	牛乳 ご飯 高野豆腐の唐揚げ ちりめん入り煮びたし 味噌汁 伊予柑	ちりめん除去
7	火	牛乳 ご飯 鯖の塩焼き 大根のおろし煮 小松菜の煮びたし すいとん汁 納豆	
8	水	牛乳 コッペパン おからハンバーグ ごまポテト ミネストローネスープ	卵除去 すりごま・ごま除去
9	木	牛乳 麦ご飯 コロッケ もやしとコーンのソテー 白菜スープ	卵・ごま除去
10	金	牛乳 コッペパン さわらのハーブ焼き 炒めサラダ 里芋シチュー	
13	月	牛乳 ご飯 ぶどう豆 煮びたし 厚揚げと豚肉の味噌炒め ネーブル	かにかま除去 ごま油除去

【様式4-③】

新居浜市学校給食アレルギー対応食 実施承諾書

(宛先) 新居浜市立 小学校校長
新居浜市学校給食センター所長

() 学校.....年.....組

児童生徒氏名.....

保護者氏名(自署).....

内容について別紙を御確認の上、1もしくは2に○を御記入ください。以下の枠内は、変更がある場合のみ変更内容を御記入ください。変更がない場合は空欄で御提出ください。

- 1 アレルギー対応食は、新居浜市学校給食アレルギー対応食実施予定内容表のとおりを実施することについて承諾します。
- 2 次のように変更、希望があります。



〔 注意事項 〕

- ★ 月 日()までに、封筒に入れ、担任まで御提出ください。
- ★提出が遅れた場合、アレルギー等対応食を実施できない場合があります。

【様式4-④】

新居浜市学校給食アレルギー対応食変更（中止）願

年 月 日

(宛先) 学校長

保護者氏名（自署）

次のとおり新居浜市学校給食アレルギー対応食の内容について
（変更・中止）してください。

対象者名	年 組		氏名	
	性別	男・女	生年月日	年 月 日（ 歳）
	住所			電話
変更の場合 その内容	変更前		変更後	
中止の場合 その内容				
変更・中止 年 月 日				

【様式5-①】

年 月 日

保護者各位

新居浜市教育委員会

学校で「医療用医薬品」を預かる場合について

学校では、本来、「医療用医薬品」については、原則、児童生徒本人の所持になります。ただし、保護者からの申し出があり、次のような条件を満たし、かつ、保護者が承諾される場合には、学校で協議・検討した後、預かる場合があります。

1 医療用医薬品を学校で預かる場合の条件

- (1) 坐薬や水薬のように冷所保管などの保管条件がある場合
- (2) 児童生徒本人による管理が困難な場合

2 医療用医薬品の使用について

- (1) 医師法により、学校内においては、**教職員が医療用医薬品を使用することはできません。**(※1)

本人の意思に基づいて使用するか、条件(※2)を満たした場合での使用の**介助**(※3)となります。

ただし、緊急時に児童生徒の保護者が学校に来訪し、学校で預かっている医療用医薬品を使用することは可能です。

※1 アナフィラキシー発現時のアドレナリン自己注射薬の注射、てんかん発作時の坐薬の挿入は除きます。

※2

- 容態が安定していること
- 医師または看護職員による連続的な容態の経過観察が必要ではないこと
- 医薬品の使用に関して専門的配慮が必要でない場合

※3 「介助」とは、例えば内服薬の場合、児童生徒に対して、必要時に医療用医薬品を渡し、使用したかどうかの確認しかできません。使用については、本人の意思に基づきます。もし、児童生徒が預かっている医療用医薬品の服用を拒否した場合は、保護者に連絡をとらせていただくことがあります。なお、服薬における全ての責任は保護者が負うものとします。

また、容態が安定していることが介助の条件であるため、児童生徒の症状が急に变化した場合などは、医療用医薬品の使用の介助はできなくなります。

- (2) 学校では保管中に破損・紛失が生じないよう十分な注意はしますが、万が一、破損・紛失が生じた場合の責任を負うことはできません。
- (3) 上記の全ての条件に同意の下、学校での医療用医薬品預かりの申し出があった場合には、学校で協議・検討を行い、対応を決定します。

【様式5-②】

医療用医薬品預かり書(依頼書)

(新居浜市立 学校)

児童生徒氏名 <small>(フリガナ)</small>		性別		男	女
学年・組	年 組	担任()	生年月日	年 月 日	
診断名					
主な症状等					
学校生活での注意事項					
緊急時の対応についての注意事項					
医薬品情報	現在使用している医薬品名				
	使用に当たっての注意事項				
	保管についての注意事項				
定期的な点検または交換時期()					
薬物アレルギーの有無		有	無	どのような医薬品ですか？()	
医療機関情報	医療機関名				
	住 所				
	電話番号 () -				
	主治医名				
		科	先生(直通電話)		
		科	先生(直通電話)		
緊急時連絡先 (優先順に記入してください)	優先連絡順	氏名	続柄	連絡先(電話番号・所在地(会社名)等)	
	①			() - 所在地 :	
	②			() - 所在地 :	
	③			() - 所在地 :	
その他の連絡事項					
<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、本表に記載された内容を教職員で共有すること、及び、別紙『学校で医療用医薬品を預かる場合について』に記載された内容に同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 保護者氏名(自署)</p>					

年 月 日 年 月 日

次年度以降の
確認欄

変更 有 ・ 無 変更 有 ・ 無

保護者氏名(自署) 保護者氏名(自署)

【様式5-③】

_____年 _____組 _____さん
保護者 様

新居浜市立 _____ 学校
校長

医療用医薬品及び書類の更新について（お願い）

保護者の皆様におかれましては時下益々御健勝のこととお慶び申し上げます。
さて、学校でお預かりしている医療用医薬品の使用期限が近づいてきました。
引き続き医療用医薬品の預かりを依頼する場合は、病院を受診していただき、
医師の処方の下、新しい医薬品を持ってきてください。それに伴い、医療用医
薬品預かり書（依頼書）の更新もお願いいたします。

〈提出物〉

- 新しく処方された医薬品
- 医療用医薬品預かり書（依頼書）・・・ 〈保護者用〉

現在お預かりしている医薬品の使用期限に伴い、必ず _____ 月 _____ 日までに
御提出ください。使用期限が切れた医薬品は緊急時に使用できないことがあります。

※ 書類の記入方法

主治医の先生、保護者がそれぞれの書類を確認してください。昨年度と変更
点が少ない場合は朱書きで訂正後、次年度以降の確認欄に署名、押印をお願い
いたします。もし、処方される医薬品が変更される等、指示内容が大きく変わ
る場合は、同封している新しい医療用医薬品預かり書（依頼書）への御記入を
お願いいたします。

【様式6-①】

年 月 日

(宛先) 新居浜市消防長

学校名 新居浜市立 学校
 学校長名

アドレナリン自己注射薬 (エピペン®) に関する情報登録について (依頼)

次の児童生徒について、主治医の指示によりアドレナリン自己注射薬 (エピペン®) を処方されておりますので、緊急時の対応に御配慮いただきますようお願いいたします。

(フリガナ) 氏 名	() 男・女	生年月日 年 月 日
住 所	〒 新居浜市 TEL ()	
緊急時 連絡先	保 護 者	氏名 (続柄) () TEL ()
	かかりつけ 医療機関	医療機関名 (科・主治医:) TEL ()
	緊急搬送先	<input type="checkbox"/> 上記医療機関へ <input type="checkbox"/> かかりつけ医以外の次の医療機関を希望します。 医療機関名 TEL ()
アレルギー		
エピペン® について	処方数 本	注射液の種類 0.15mg(緑) ・ 0.3mg(黄色)
	保管・携帯の状況	
更新事項	※現在、登録済みの学校情報について、更新が必要な場合のみ記入。 <input type="checkbox"/> 転校 () 学校から、年 月 転入 <input type="checkbox"/> 卒業 () 学校を、年 月 卒業	

- * 本依頼書は、原則、毎年度提出する。
 - * かかりつけ医療機関や、緊急搬送先、その他内容に変更が生じた場合は再度提出する。
 - * エピペン®の処方なくなった場合は、その旨を学校へ連絡する。(登録削除依頼書の提出)
- 提出先：新居浜市消防本部 総務警防課

年 月 日
 以上の情報提供に同意します。
 保護者名 (自署)

【様式6-②】

年 月 日

(宛先) 新居浜市消防長

学校名 新居浜市立 学校
 学校長名

アドレナリン自己注射薬 (エピペン®) に関する情報登録の削除について(依頼)

次の児童生徒について、主治医の指示によりアドレナリン自己注射薬 (エピペン®) を処方されており、緊急時の対応の際の御配慮を頂いていたところですが、次の理由により情報の削除をお願いいたします。

- 主治医の診断によりアドレナリン自己注射薬 (エピペン®) を処方されなくなった。
- 市外の学校へ転出。
- 中学校を卒業。
- その他 ()

(フリガナ) 氏 名	() 男・女	生年月日 年 月 日
住 所	〒 ー 新居浜市 TEL ()	
備 考		

提出先：新居浜市消防本部 総務警防課

年 月 日

登録をお願いしておりました情報の削除をお願いいたします。

保護者名 (自署) _____

【様式7】(資料1・2・3を参照)

(別 紙)

学校給食による事故報告書(事故レベル1・2・3)

件名	(第 報) 年 月 日 時 分現在
学校名	
調理場名	
担当者名(連絡先)	(電話: 、ファックス:)
事故発生日時	
事故発生場所	
健康被害の状況	欠席者 名(入院 名、外来 名、その他[] 名) その他 名(内容)
情報提供等の状況	[]保健所 []警察署 []報道機関 []その他()
事故の内容 ※必要に応じて別紙とすること。	

(原因として疑われる食品の状況)

品名	
納入業者名(住所)	
納品年月日	
納品数量	
使用後の残量	
賞味期限	
消費期限	

(注意)・該当の無い項目については斜線とすること。

・食中毒が疑われる場合は、発生前2週間分の食品の判る献立表を添付すること。

年 月 日

保健体育課長 殿

(県 立 学 校 長 名 ・ 市 町 教 育 委 員 会 教 育 長 名)

【様式8】

アレルギー ヒヤリハット報告書

職 種	
発 生 日 時	年 月 日 ()、 時 分 ごろ
発 生 場 所	
ヒヤリハット した時の状況	

1 どのような原因があったと思いますか。

問題があったと思われる項目欄に、考えられる原因を記入してください。

<u>準備段階での問題</u>	<u>調理方法の問題</u>	<u>配食方法の問題</u>

2 その時の自身の対応はどうでしたか。

--

3 どのようにすれば防げるとと思いますか。

--

4 課や学校、他の方に要望、注意事項があればお書きください。

--

(資料1)

健康調査票

この調査票は、お子さんの健康状態を知り、入学後の学校生活を円滑に送るために記入いただくものです。記入漏れのないよう、就学時健康診断当日ご持参くださいますようお願いいたします。

就学予定者	フリガナ		保護者氏名		続柄	
	氏名		住所	〒		
	生年月日	年 月 日	TEL	()	-	
現在通っている保育園又は幼稚園名		()園				
① 生まれた時のようすで、知らせておきたいことがあれば記入してください。						
② 次の予防接種のうち、接種済みのものについて、母子健康手帳等を参考にし○でかこんでください。 ※麻しん・風しん混合(MR)2期は今年度が接種対象年齢のため、就学前に必ず接種してください。						
四種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)		1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加				
BCG		麻しん・風しん混合(MR) 1期 ・ 2期				
日本脳炎 1回 ・ 2回 ・ 追加		Hib(ヒブ感染症) 1回・2回・3回・追加				
小児用肺炎球菌 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加		水ぼうそう 1回・2回		おたふくかぜ(任意)		
③ 予防接種で、知らせておきたいことがあれば記入してください。						
④ 今までにかかった病気があれば、番号を○でかこんでください。						
1. 麻しん(はしか) 2. 風しん 3. 水ぼうそう 4. おたふくかぜ 5. 百日せき 6. ぜんそく 7. 川崎病(MCLS) 8. アトピー性皮膚炎 9. アレルギー性鼻炎 10. 結核 11. 心臓病 12. 腎臓病 13. 食物アレルギー(アレルゲン・食品名等:) 14. その他()						
⑤ よくおこる病気について記入してください。(例:ひきつけ、ぜんそくの発作、扁桃炎など)						
⑥ 現在、治療中の病気があれば記入してください。						
⑦ からだやこころの健康および性格、行動のことで、学校へ知らせておく方がよいと思われることがあれば記入してください。						
⑧ 学校給食についてお聞きします。アレルギー対応食を希望しますか。(どちらかに○) ()希望する → 必要書類(医師の診断書など)の提出、後日、関係職員との面談が必要な場合があります。当日、必要書類を必ずお持ち帰りください。 ()希望しない						

(資料2)



26教保第521号
平成27年2月10日

各学校給食実施県立学校長 様
各市町(学校組合)教育委員会事務局
学校給食担当課長 様

愛媛県教育委員会管理部保健体育課長
(公 印 省 略)

学校給食における事故報告について(通知)

学校給食における健康被害等の事故発生時には、教育事務所を通じて、県教育委員会に御報告いただくようお願いしているところですが、報告事項等を明確にし、迅速かつ適切に情報を共有するため、今後、学校給食においてアレルギー、食中毒などの健康被害が発生し、又は、発生する恐れがある場合は、別紙により報告してください。

[担当・連絡先]
愛媛県 教育委員会事務局 管理部
保健体育課教育指導グループ
一政(いちまさ)、石山
TEL 089-912-2981
FAX 089-912-2979

(資料3)

(参考：報告の基準)

(レベルの分類)

レベル	定義	発生要因例
3 (重度)	現に健康被害が発生し、 又は発生する恐れがある 場合	①食中毒菌、病原菌の混入 ②殺虫剤等の有害化学物質の混入 ③金属片、ガラス片等の鋭利な硬質異物の混入(口腔、胃等を傷つける恐れがあるもの) ④食物アレルギーによる救急搬送又はアナフィラキシー等
2 (中度)	現時点では健康被害の発生がなく、健康被害の原因となる可能性はあるが、重篤な健康被害の恐れはまず考えられない場合	①比較的危険度の低い化学物質の混入 ②レベル3に該当しない硬質異物の混入等
1 (軽度)	現時点では健康被害の発生がなく、通常は健康被害発生の可能性がない場合	①毛髪、ビニール、昆虫等の軟質異物の混入 ②容器・包装等の不良又は破損(腐敗性の低いもの) ③消費期限、賞味期限切れ又は品質未確認の原材料の使用等

(報告の基準)

レベル	保健体育課	備考	(公財)愛媛県学校給食会【参考】
3	◎	直ちに電話等で速報。	◎
2	○	速やかに電話等で速報。	◎
1	×	—	◎

- ・◎速やかに文書報告、○7日以内に文書報告、×報告の必要なし
- ・基準は目安であり実際の対応は、種類や大きさ、量などにより異なる。
- ・(公財)愛媛県学校給食会への報告は、同会が供給に関与している場合のみ。
- ・報道機関、警察等への情報提供は、関係機関と協議して行う。
- ・不明な点については早急に関係機関と相談すること。

(資料4)

(参考：報告の流れ)

報告の流れ

