

## 各種様式

・食物アレルギーの調査について（様式1）	48
・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）	49
・学校給食アレルギー対応食実施意向調査及び面談について（様式2）	50 51 52
（学校給食アレルギー対応食希望者面談調査表（様式2-②）学校給食のアレルギー対応に関する面談日程の希望について（様式2-⑥）含む）	
・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）	53
・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）（記入例）	54
・「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の記入のお願い（様式2-④）	55
・学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）（様式2-⑤）	56 57
（学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）活用のしおり～主治医用～含む）	58 59
・面談記録票（初回）（様式3-①）	60 61
・面談等記録票（2回目以降）（様式3-②）	62
・食物アレルギーに関するお願い（様式3-③）	63
・個人カルテ（様式3-④（小学生用））	64
・個人カルテ（様式3-④（中学生用））	65
・食物アレルギー児童生徒一覧表（様式3-⑤）	66
・食物アレルギーの対応内容決定通知書（新規・継続・変更用）（様式4-①）	67
・新居浜市学校給食アレルギー対応食 除去解除申請書（様式4-②）	68
・アレルギー対応実施予定献立表及び承諾書（様式4-③）	69
・学校給食使用物資原材料一覧表（様式4-④）	70
・学校で「医療用医薬品」を預かる場合について（様式5-①）	71
・医療用医薬品預かり書（依頼書）・（様式5-②）	72
・医療用医薬品及び書類の更新について（お願い）（様式5-③）	73
・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） （様式6-①）	74
・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） （様式6-②）	75
・学校給食による事故報告書（事故レベル1・2・3）（様式7）	76
・アレルギー ヒヤリハット報告書（様式8）	77

## 資料

・学校給食における事故報告について（通知）（資料1）	78
・報告の基準（資料2）	79
・報告の流れ（資料3）	80

【様式1】

年 月 吉日

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、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。  
新居浜市の学校給食における食物アレルギー対応は、次のとおりです。

- 給食で除去対応する品目 乳、卵、小麦、えび、かに、アーモンド、ごま
- 給食で使用しない品目 そば、落花生(ピーナッツ)、あわび、いくら、まつたけ、カシューナッツ、くるみ、キウイフルーツ

これら以外のアレルギーをお持ちのお子様については、当該品目の除去を行うか、代替食をご家庭から持参いただくこととなります。

つきましては、「食物アレルギーの調査」について、下記にご記入の上、就学时健康診断にて通学予定の小学校へ提出をお願いします。

ふりがな		男 女	予定入学先
児童氏名			小学校
保護者名			
連絡先☎			

問1 現在、お子様に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、アレルギーの原因となる食品をご記入ください。

問3 問1で「ある」と答えた人は、給食の除去対応や、給食の内容が詳細に書かれた献立表や、調味料や加工品一覧表の提供を希望しますか？ご家庭において、食物アレルギー対応を実施している場合に限りです。

※ 該当するものに○をつけてください。

- ( ) 希望しない
- ( ) 希望する → 必要書類「意向調査表」(保護者が記入)と、医療機関を受診し「学校生活管理指導表」(医師が記入)の提出後、学校関係職員との面談が必要です。

当日、必要書類を必ずお持ち帰りください。

【様式2-①】

年 月 吉日

保護者 各位

(各学校給食センター名)  
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、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。  
新居浜市の学校給食における食物アレルギー対応は、次のとおりです。

- 給食で除去対応する品目 乳、卵、小麦、えび、かに、アーモンド、ごま
- 給食で使用しない品目 そば、落花生(ピーナッツ)、あわび、いくら、まつたけ、  
カシューナッツ、くるみ、キウイフルーツ

これら以外のアレルギーをお持ちのお子様については、当該品目の除去を行うか、代替食をご家庭から持参いただくことになります。

【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食希望者面談調査表 【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】
- 3 学校生活管理指導表 【様式2-⑤】表裏

〔3は、担当医に提出し、記入してもらってください。  
その後、自署欄と提出日は保護者が記入し、提出してください。〕

※ 学校給食でアレルギー対応がない場合でも、詳細な献立表や学校給食使用物資原材料一覧表が必要な場合は「3 学校生活管理指導表【様式2-⑤】表裏」の提出が必要です。

【提出期限】 令和 年 月 日 ( )  
【提出先】 お子様の通う予定の小中学校

※不明な点、質問がありましたらご連絡ください。

連絡先：(各学校給食センター) Tel.0897- -  
担当者：管理栄養士 氏名

【様式2-②】表

学校給食アレルギー対応食希望者面談調査表

学校名	学校 新小学1年生は通う小学校名を、小学6年生の場合は進学予定の中学校を記入	現在の 学年	年
フリガナ		男 女	
児童生徒氏名			
保護者氏名			
連絡先TEL			

小学校、中学校へ入学する時、新規で申請する場合に、必ず面談を行います。現在小学6年生は、進学する中学校にて面談を行います。

新居浜市学校給食課、学校関係者を交えて実施いたしますので、面談予定人数に合わせて学校ごとで、日を指定させていただきました。できるだけ、各学校の指定日で、日程調整をつけてくださるよう、お願い申し上げます。

尚、学校給食で使用しない品目のそば・落花生・あわび・いくら・まつたけ・カシューナッツ・くるみ・キウイフルーツのみの場合は、学校給食でアレルギーを含む食材は提供されませんので、生活管理指導表の提出の必要はなく、面談もありません。

裏面の各学校の指定日をご確認いただき、第1～第3希望まで、都合のよい日にちを記入し、時間については、(午前・午後・いつでも)の中から選んで○をつけてください。

お忙しいとは思いますが、ご理解とご協力をよろしくお願いいたします。

面談希望日		どれかに○をつけてください。
第1希望		(午前・午後・いつでも)
第2希望		(午前・午後・いつでも)
第3希望		(午前・午後・いつでも)
その他希望日		

※ 指定日の中で予定がつかない方は、「その他希望日」で都合のつく日時をお書きください。学校等と調整いたしますが、希望に添えない場合がありますので、ご了承ください。

※ 面談が必要なお子様が複数いる場合については、1名に対し、1枚でご記入ください。

【様式2-②】裏

＜毎年、学校給食センターより、学校ごとに面談予定を設定し、配布する。＞

小中学校 面談予定日

月	火	水	木	金

【様式2-⑥】

＜保護者から面談調査表が提出されたら、各校で日程を調整しまとめたものを学校給食センターへ提出＞

【様式2-⑥】

学校給食のアレルギー対応に関する面談日程の希望について

保護者から回収した書類のコピーは、〇月〇日（〇）までに〇▽学校給食センター ○〇宛へ送ってください。

この面談日程は、原則として各校の指定日で設定してください。予備日を希望する場合は、連絡が届いた学校から予定を埋めていきますので、ご了承ください。予備日でも設定が難しい場合は、個別にご相談ください。面談は2月から開始しますので、よろしくお願いいたします。

どうしても面談日が決まらない保護者の方がいましたら、日時の欄を未定で提出してください。1枚で収まらない場合は、行を増やしてください。

来年度に小学校入学予定の児童は、入学先の小学校での面談となります。

現在小学6年生の児童は、進学先の中学校（別子中除く）での面談となります。

	学校名	月日	時間	学年	児童生徒名	アレルギー
記入例	〇〇学校	2 5	15:00	2年	新居浜太郎	卵・乳

※ 学校給食センターには、〇月▽日（□）までに届くようにご提出ください。

学校給食センター 到着日	/ ( ) 受理した栄養士名
-----------------	----------------

【様式2-②（特別支援学校用）】

学校給食アレルギー対応食希望者面談調査表

フリガナ		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ご記入ください。

学校生活管理指導表を提出いただいた場合、面談を行います。

面談時間などの希望はありますか？○を記入ください。

( ) ない

( ) ある ↘

ある場合は、具体的な希望日時や曜日をご記入ください。

[ ]

※ 面談はすべての書類を提出いただいた後に、新居浜市学校給食課、学校関係者を交えて実施いたします。

面談日時については、後日ご相談させていただきますので、よろしくご協力ください。

【様式2-③】

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

(各学校給食センター所長) 宛

保護者氏名 (自署) \_\_\_\_\_

フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳)
児童生徒氏名				現在小学6年生のお子様の予定進学先 ( ) 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(食べるとどうなるのか) 具体的に記入して下さい	

2 家庭でどのように対応しているか、具体的に記入してください

--

保護者の方のご記入は以上です。

※ 確認日

学校	年 月 日	養護教諭	印	校 長	印
----	-------	------	---	-----	---

※ 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】《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

(各学校給食センター所長) 宛

保護者氏名 (自署) \_\_\_\_\_

フリガナ				生年月日	年 月 日 ( 歳)
児童生徒氏名		性別	男・女	現在小学6年生のお子様の予定進学先 ( ) 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)	※ お子様のアレルゲンをご記入ください。 【例】 卵、乳製品
アレルギーの症状 (食べるとうなるのか) 具体的に記入して下さい	※ なるべく詳しくご記入ください。 【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、具体的に記入してください

※ なるべく詳しくご記入ください。 【例】 家庭では一切、食べさせていない。
---

保護者の方のご記入は以上です。

※ 確認日

学校	年 月 日	養護教諭	印	校 長	印
----	-------	------	---	-----	---

※ 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 月吉日

主治医 様

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）」の記入のお願い

季冬の候、益々ご清祥のことと拝察いたします。

日頃より、新居浜市の教育活動にご理解とご協力をいただき、心より感謝申し上げます。

令和6年4月からの新居浜市の食物アレルギー対応マニュアルの改正に伴い、学校給食で食物アレルギーの除去対応する品目が「乳・卵・小麦・えび・かに・アーモンド・ごま」の7品目となります。また、学校給食で使用しない品目は「そば・落花生・あわび・いくら・まつたけ・カシューナッツ・くるみ・キウイフルーツ」の8品目となります。

つきましては、ご多用のところ大変恐縮ですが、下記の書類にご記入いただき、保護者の方へお渡しいただきますようお願いいたします。

今後ともご指導をよろしくお願いいたします。

記

- 1 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

【様式2 - ⑤】表

表 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

名前 \_\_\_\_\_ (男・女) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 組 提出日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※この生活管理指導表は、学校の生活において特別な配慮や管理が必要となった場合に医師が作成するものです。

精製・治癒		学校生活上の留意点	保護者	
<b>アレルギー</b> <b>アナフィラキシー</b> (あり・なし)		<b>目 食物アレルギー</b> 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>目 アナフィラキシー</b> 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 ( )  <b>目 原因食物・除去指針</b> 該当する食品の欄に○をし、かつ ( ) 内に除去指針を記載 1. 卵類 ( ) 2. 牛乳・乳製品 ( ) 3. 小麦 ( ) 4. ソバ ( ) 5. ピーナッツ ( ) 6. 甲殻類 ( ) 7. 木の葉類 ( ) 8. 果物類 ( ) 9. 魚類 ( ) 10. 肉類 ( ) 11. その他1 ( ) 12. その他2 ( )  <b>【除去指針】</b> 該当するものを ( ) 内に記載 ① 明らかでない居住 ② 食物に二重検査陽性 ③ 居住体等検査陽性 ④ 未検査 ( ) に具体的な食品名を記載 ( ) すべて、エビ・カニ ( ) すべて、グルミ・カシュー・アーモンド  <b>目 緊急時に備えた処置薬</b> 1. アドレナリン自己注射薬 (「エピペンJ」) 2. ステロイド吸入薬 3. その他 ( )	<b>目 対応</b> 1. 管理不要 2. 管理必要  <b>目 食物・食料を扱う授業・活動</b> 1. 管理不要 2. 管理必要  <b>目 運動 (体育・部活動等)</b> 1. 管理不要 2. 管理必要  <b>目 宿泊を伴う校外活動</b> 1. 管理不要 2. 管理必要  <b>目 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は本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した料理については、対応対応が困難となる場合がおります。</b> 鶏卵：卵黄カラルシウム 牛乳：乳糖・乳糖生成カラルシウム 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・いりこだし・魚醤 肉類：エキス  <b>目 その他の配慮・管理事項(自由記述)</b>	<b>保護者</b> 電話： _____ 水津橋区 保健課 医師欄名： _____ 電話： _____  記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医師欄名 _____
<b>アレルギー</b> <b>気管支ぜん息</b> (あり・なし)		<b>目 症状のコントロール状態</b> 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良  <b>目-1 薬剤管理薬 (吸入)</b> 1. ステロイド吸入薬 ( ) 2. ステロイド吸入薬/長時間作用性吸入薬 ( ) 3. その他 ( )  <b>目-2 長期管理薬 (内服)</b> 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 ( ) 2. その他 ( )  <b>目-3 長期管理薬 (注射)</b> 1. 生薬学的製剤 ( )  <b>目 発作時の対応</b> 1. ベーシック吸入薬 ( ) 2. ベーシック吸入薬 ( )	<b>保護者</b> 電話： _____ 水津橋区 保健課 医師欄名： _____ 電話： _____  記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医師欄名 _____	

学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

名前 \_\_\_\_\_ (男・女) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 組 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 提出日

病型・治療		学校生活上の留意点		記載日
<b>アトピー性皮膚炎</b> (あり・なし) 重症部のみやす（厚生労働省指針参照） 1. 軽症：指節に関わらず、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. 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。 ※軽度の皮疹：軽度の紅斑、乾燥、掻痒感、腫脹、潰瘍などを伴う病変 ※強い炎症を伴う皮疹：紅斑、丘疹、びらん、腫脹、潰瘍などを伴う病変 図-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（ ） 図-2 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他（ ） 図-3 常用する注射薬 1. 生物学的製剤		<b>学校生活上の留意点</b> 図 プール指導及び振動機の稼働時下での活動 1. 無理不要 2. 無理必要 図 動物との接触 1. 無理不要 2. 無理必要 図 発汗後 1. 無理不要 2. 無理必要 図 その他の配慮・管理事項(自由記載)		年 月 日 医師名 医療機関名
<b>アレルギー性結膜炎</b> (あり・なし) 図 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（ ） 図 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（ ）		<b>学校生活上の留意点</b> 図 プール指導 1. 無理不要 2. 無理必要 図 屋外活動 1. 無理不要 2. 無理必要 図 その他の配慮・管理事項（自由記載）		年 月 日 医師名 医療機関名
<b>アレルギー性鼻炎</b> (あり・なし) 図 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 図 治療 1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬（内服） 2. 鼻用ステロイド薬 3. 舌下免疫療法（グニ・スズ） 4. その他（ ）		<b>学校生活上の留意点</b> 図 屋外活動 1. 無理不要 2. 無理必要 図 その他の配慮・管理事項（自由記載）		年 月 日 医師名 医療機関名

学校における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、本表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（アレルギー疾患用）

# 活用のしおり

～主治医用～

### 学校生活管理指導表について

本表は、学校の生活においてアレルギー疾患（食物アレルギー、アナフィラキシー、気管支ぜん息、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）について特別な配慮や管理が必要な児童生徒について、正しい診断に基づいて医師が作成するものです。学校の生活において特別な配慮や管理が不要な児童生徒については学校への提出は不要です。なお、学校の実状に応じて具体的な対応は学校が決めることに留意してください。各疾患の記入方法の詳細については「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」の各疾患の解説をご確認ください。

本表は大きな変化がない場合、1年間を通じて使用しますので、現在の状況および、今後1年間を通じて予測される状況を記載してください。

### 学校生活管理指導表の記載方法

The image shows two screenshots of the 'School Life Management Guidance Form (Allergy Disease)'. The first screenshot shows the top section with fields for disease name, type/treatment, school life precautions, and emergency contacts. The second screenshot shows the bottom section with fields for recording dates and doctor/medical institution names. Red circles and numbers 1 through 5 indicate specific fields for completion.

- 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、下位項目のそれぞれへの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、現在の状況を記入してください。
- ③「学校生活上の留意点」欄  
学校生活における管理・配慮が必要な場合には「管理必要」に○をし、その内容について自由記述欄に記入してください。
- ④「緊急連絡先」欄の医療機関は、アナフィラキシーや重症のぜん息発作等が起こった場合の緊急時の連絡先として、必要と考えられる児童生徒等に関して地域の救急医療機関等を記入することと考えられます。必要に応じて保護者、学校と相談して記入してください。
- ⑤記載した日付、医師名および医療機関名を記入してください。

学校の生活管理指導表（アレルギー疾患用）

学年 〇〇年〇〇月〇〇日

学年 〇〇年〇〇月〇〇日

学年 〇〇年〇〇月〇〇日

アレルギー疾患の種類	アレルギー疾患の種類（アレルギー疾患の種類を記入してください）	学校生活上の配慮事項	アレルギー
	アレルギー疾患の種類（アレルギー疾患の種類を記入してください）	学校生活上の配慮事項	アレルギー
	アレルギー疾患の種類（アレルギー疾患の種類を記入してください）	学校生活上の配慮事項	アレルギー
アレルギー疾患の種類	アレルギー疾患の種類（アレルギー疾患の種類を記入してください）	学校生活上の配慮事項	アレルギー
	アレルギー疾患の種類（アレルギー疾患の種類を記入してください）	学校生活上の配慮事項	アレルギー
	アレルギー疾患の種類（アレルギー疾患の種類を記入してください）	学校生活上の配慮事項	アレルギー

※記入上の注意

<食物アレルギー>

C. 原因食物・除去根拠

- ・診断根拠として重要なのは①明らかな症状の既往、②食物経口負荷試験陽性です。
- ・③摂取可能であるにもかかわらず、血液検査陽性だけを根拠に原因食物の除去を指示することは適切ではありません。
- ・④未摂取で除去が必要な食物がある場合のみ記入してください。

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

- ・ここに記載されている食材は、極微量のアレルゲンが含有されている程度であり、症状誘発の原因となりにくい場合基本的には除去する必要はありません。本欄に○がついた場合には給食対応が困難となりますので慎重に考慮ください。

<気管支ぜん息>

A. 症状のコントロール状態

評価項目	コントロール状態（最近1ヶ月程度）		
	良好 (すべての項目が該当)	比較的良好	不良 (いずれかの項目が該当)
軽微な症状 <sup>※1</sup>	なし	(1 ≥ 回 / 月) < 1 回 / 週	≥ 1 回 / 週
明らかな急性増悪（発作） <sup>※2</sup>	なし	なし	≥ 1 回 / 月
日常生活の制限	なし	なし（あっても軽微）	≥ 1 回 / 月
β <sub>2</sub> 刺激薬の使用	なし	(1 ≥ 回 / 月) < 1 回 / 週	≥ 1 回 / 週

※1 軽微な症状とは、運動や大笑い、啼泣の後や起床時などに一過性に認められるがすぐに消失する咳やぜん息、短時間で覚醒することのない夜間の咳き込みなど、見落とされがちな軽い症状を指す。

※2 明らかな急性増悪（発作）とは、咳き込みやぜん息が昼夜にわたって持続あるいは反復し、呼吸困難を伴う定型的なぜん息症状を指す。

小児気管支喘息治療・管理ガイドライン2017より

ガイドラインと学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）は下記リンクからご覧になれます。  
<https://www.gakkohoken.jp/books>

【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			
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 （特に給食当番について確認） <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



【様式3-③】

年 月吉日

保護者各位

新居浜市学校給食課  
課長

食物アレルギーに関するお願い

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

学校給食の実施にあたり、お子様本人に食物アレルギーであることを理解させるよう、以下のような内容についてお願いいたします。

- ア 食物アレルギーがあることを十分理解させます。（給食の食べ方・食事制限が必要なこと等。）
- イ 命に関わるアナフィラキシーを起こす場合に限らず、誤って食べてはいけない食品を教えます。
- ウ 主治医からの指示内容を、子どもに分かりやすく説明します。
- エ 食物アレルギーのために食べられない献立がある場合は、必ず一緒に献立表等で確認して何が食べられないかを確認します。
- オ 学校に飲み薬や塗り薬などの常備薬を持参する場合は、その管理と使用について十分な説明と確認をします。
- カ 学校で具合が悪くなったときは、すぐに自らが学級担任や周りにいる教職員、児童生徒に申し出るように伝えます。
- キ 同じ食品でも体調によってはアレルギー症状がでる場合があるため、日頃から規則正しい生活を心がける必要があることを説明し、理解させます。
- ク 面談で説明を受けた内容（おかわり等）や、教室に学校給食の対応内容を書いたホワイトボードにネームプレートを貼ることや、個人ファイルが置かれることを伝えます。
- ケ 対応の有無に関わらず、毎日アレルギーファイルを学校へ提出します。
- コ 家庭から持参する弁当（一部または全部）は、見えやすい名札を付けた保冷バックに入れて持参します。また、子どもの登校時に持たさず、親が学校へ届ける場合は、11時までには学校へ持参します。

お子様が安心・安全に学校生活を送れるよう、学校関係者一同、情報を共有いたしますので、ご家庭でもご理解・ご協力をよろしくお願いいたします。

【様式3-④ (小学生用)】

(様式6-1)

<b>秘 個人カルテ</b> ( 小学校 )		電話番号 ( )	住 所
名 前	性 別	生 年 月 日	
主なアレルギー疾患	気管支喘息	アレルギー性鼻炎	アレルギー性結膜炎
	アレルギー性鼻炎	アレルギー性皮膚炎	食物アレルギー
			アナフィラキシー
			その他
就学前の症状			
注意すべき症状と応急手当			
緊急時の対応			
緊急時の対応			

  

名 前	続 柄	緊急連絡先 ( 電 話 番 号 )	医療機関名
1		( )	電話番号
2		( )	携帯番号
3		( )	主治医名
4		( )	診療科

※優先順位で記入

学 年	1年生	2年生	3年生	4年生	5年生	6年生
組	組	組	組	組	組	組
番	番	番	番	番	番	番
担 任 名						
給食当番						
掃除当番・飼育当番						
体育・運動会の参加						
校外学習						
宿泊行事						
学校への持参業						
業等の保管場所						
学校給食の配慮						
調理実習						
本人への指導						
他の児童への指導						
クラブ活動						

\*成長の記録、発症時の記録、調理実習・校外学習等での配慮、その他必要な情報を添付すること。



【様式3-⑤】

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					
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	有 無 回数: 回 最終発症:年 月	有 無 回数: 回 最終発症:年 月	有 無 回数: 回 最終発症:年 月	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】

食物アレルギーの対応内容決定通知書（新規・継続・変更用）

年 月 日

様

（各学校給食センター）  
所長

令和 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、下記のとおり決定したので通知します。

記

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 除去解除申請書

年 月 日

(各学校給食センター所長) 宛

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について、除去解除をお願いします。

年 組		氏名	
性別	男・女	生年月日	西暦 年 月 日 ( 歳)
住所		電話	
アレルギーの原因となる食品 (品目名をご記入ください)		解除の理由 (該当する項目に☑をいれてください。)	
		<input type="checkbox"/> 新居浜市の学校給食で提供されることがないので、給食での管理は必要ありません。	
		<input type="checkbox"/> 医師の指示の下、これまで複数回食べて症状が誘発されていないので、解除をお願いします。	
		<input type="checkbox"/> 本児は、学校給食で自分が食べてはいけない食品を理解することができ、教員に申告し除去することができます。 詳細な献立表や学校給食使用物資原材料一覧表は必要ありません。毎日保護者の責任のもと、本児と共に除去の必要がある献立を確認します。 保護者はその旨を了承しているので、解除をお願いします。	

○給食で使用しない品目      そば、落花生(ピーナッツ)、あわび、いくら、まつたけ、カシューナッツ、くるみ、キウイフルーツ

○給食で除去対応する品目      乳、卵、小麦、えび、かに、アーモンド、ごま

※ 確認日

学校	年 月 日	養護教諭	印	校長	印
----	-------	------	---	----	---

※ 受付日

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

【様式4-③】表  
 <例>

○月 アレルギー対応実施予定献立表 及び 承諾書

○○小 学校 登録番号 1

○年 △組 名前 ○○△△

お子様のアレルギー 卵、小麦、魚卵、魚、貝類  
 くるみ、カシューナッツ、アーモンド、ごま、キウイフルーツ、りんご

A 新居浜市西部学校給食センター：小学校  
 B 新居浜市西部学校給食センター：中学校  
 C 新居浜市西部学校給食センター：小、中学校

グレーの列は、前月に保護者が

C 新居浜市西部学校給食センター

日	献立名	対応食				この料理を食べない	家庭から持参あり	(アレルギー成分を含まない)	主な材料							この欄は、毎日、保護者が記入を入れて、学校とファイルを取り替える		
		学校給食センターからの提供内容	対応食を食べる	対応食を食べない					1群	2群	3群	4群	5群	6群	その他			
				家庭から持参あり	家庭から持参なし												魚・肉・卵・豆・豆製品	乳製品・小魚・海藻
1月	牛乳							主に体をつくるものになる	主に体の骨子を整えるものになる	主にエネルギーのものになる								
	ご飯																	
	竹輪の磯辺揚げ	○ 竹輪のから揚げ		○					1群	2群	3群	4群	5群	6群	その他			
	大豆の磯煮								魚・肉・卵・豆・豆製品	乳製品・小魚・海藻	緑黄色野菜	その他の野菜・果物・きのこ	米・パン・めん・いも・砂糖	油脂・種実	その他			
2月	牛乳																	
	パン	○ 白ご飯		○														
	マカロニグラタン	○ 鶏肉のソテー		○					1群	2群	3群	4群	5群	6群	その他			
	グリーンサラダ																	
8月	牛乳																	
	ご飯																	
	さばの塩焼き																	
	磯香あえ																	
9月	牛乳																	
	食パン	○ 白ご飯		○														
	ハンムカツ																	
	ドレッシングサラダ																	

【様式4-③】裏  
 <例>

26日	牛乳								牛乳									
	ご飯																	
	さわらの照り焼き																	
	みぞ汁																	
29日	牛乳								牛乳									
	ご飯(のり佃煮)																	
	豚肉のごまだれかけ																	
	けんちん汁																	
30日	牛乳								牛乳									
	パン	○ 白ご飯		○														
	ホキの変わり揚げ	○ ホキのから揚げ		○														
	チンゲン菜のスープ	○ 肉団子焼き		○														
31日	牛乳								牛乳									
	親子丼(麦ご飯)	○ 卵焼き		○														
	焼きししゃも																	

保護者の方が記入していただいた内容をもとに、学級で対応いたします。  
 献立の確認できましたら、自署をお願いします。

保護者名(自署) ○ ○ ◆ ◆

【様式4-④】

<例>

【4月 加工品原材料一覧表】

業者名	使用日	商品名	原材料	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29			
				小麦	そば	卵	乳	落花生	あわび	いくら	えび	オレシジ	かに	アキウイ	キウイ	牛肉	くるみ	さけ	さば	大豆	鶏肉	豚肉	まつたけ	もも	やまいも	りんご	ゼラチン	バナナ	アーモンド	ごま	カシュー	ナッツ	その他		
松宮	4/14	国産豚肉の餃子	野菜（キャベツ、たまねぎ、にら）、豚肉、豚脂、でん粉加工食品、香味油、しょうゆ、酵母エキス、食塩、砂糖、しょうがペースト、香辛料、皮（小麦粉、小麦たん白、食塩）/加工デンプン、炭酸Ca、ピロリン酸鉄、（一部に小麦・大豆・豚肉を含む）	●																●	●														
松宮	4/17	キュービーエッグケーキ（卵不使用）	食用植物油、醸造酢、食塩、砂糖、粉末状植物性たん白、香辛料、酵母エキスパウダー/増粘剤（加工でん粉、キサンタンガム）、調味料（有機酸等）、香辛料抽出物、（一部に大豆を含む）																	●															
木下	4/18	イタリアンスライス	ローズマリー、バジル、オレガノ、セージ、セボリー																																
吉良	4/18.20	乾燥バセリ	バセリ																																
池田	4/20	ダイストマト1kg・3kg	トマト、トマトピューレ、クエン酸																																
松宮	4/20	お祝いいちごゼリー	いちご、いちご果汁（濃縮還元）、砂糖、砂糖・ぶどう糖果糖液糖、ぶどう糖、植物油、豆乳、水あめ、大豆粉、（使用添加物）乳酸Ca、ゲル化剤（増粘多糖類）、酸味料、ビタミンC、紅麴色素、香料、乳化剤、安定剤（増粘多糖類）、pH調整剤、ピロリン酸第二鉄																		●														いちご 豆乳



【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・口腔用液（ブコラム®）の投与は除きます。**

※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)

(フリガナ) 児童生徒氏名				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>					

次年度以降の  
確認欄

年 月 日 年 月 日  
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）

〇〇の候、保護者の皆様におかれましてはますますご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  
ご提出ください。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）へのご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 様

新居浜市立 学校  
校長

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®の処方がなくなった場合は、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 様

新居浜市立 学校  
校長

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)

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
学校名	
調理場名	
担当者名(連絡先)	(電話:                      FAX:                      )
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

(市立学校長名・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)



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2)

(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3)

(参考：報告の流れ)

## 報 告 の 流 れ

