

## 様式集

様式番号	様式名 (略称)
1-1	調査票
1-2	食物アレルギー対応食フローチャート
2-1	意見書 主治医宛
2-2	意見書
3	学校生活管理指導表
4	保護者との面談記録
5	個別対応プラン
6-1	新規 申請書
6-2	継続 申請書
7	変更・中止 申請書
8-1	決定通知 学校長宛
8-2	決定通知 保護者宛
9	食物アレルギー対応食承諾書
10	食物アレルギー対応食一覧表 (月毎)
11	受け渡し確認表 (個票)
12	ヒヤリハット報告書

## アレルギー疾患の対応に関する調査票

入学・進学 予定学校・園名		学年・組・出席番号 ※在校生のみ記入	年 組 番
(ふりがな) お子さまの氏名	( )	保護者氏名	
記入年月日	令和 年 月 日	保護者連絡先 (電話番号)	

## ① アレルギー疾患について

アレルギー疾患がありますか。(以下のいずれかに○をつけてください。)

( ) アレルギー疾患はない。

→ 調査終了です。(以下記入の必要はありません)

( ) アレルギー疾患はあるが、学校で**特別な配慮や管理**(給食や体育での諸注意)は必要ない。

→ 調査終了です。(以下記入の必要はありません)

( ) アレルギー疾患があり、学校で**特別な配慮や管理**(給食や体育での諸注意)が必要である。

→ 以下の質問に回答してください。

医療機関の受診	<p>後日、「学校生活管理指導表」をお渡ししますので、主治医に各疾患の記載をお願いしてください。</p> <p>「学校管理指導表」を提出していただいた後に、<b>今後の対応等</b>について学校において面談を実施します。</p> <p>※医療機関の受診料・文書料は保護者の負担になります。</p>
---------	--

## ② 食物アレルギーについて

食物アレルギーはありますか。(以下のいずれかに○をつけてください。)

( ) 食物アレルギーはない。

→ 調査終了です。(以下記入の必要はありません)

( ) 食物アレルギーがある。

→ 裏面の質問に回答してください。



様式 1-2

食物アレルギーがある園児・児童・生徒のみ回答してください。

入学・進学 予定学校・園名		学年・組・出席番号 ※在校生のみ記入	年 組 番
(ふりがな) お子さまの氏名	( )	保護者氏名	

さぬき市が実施する食物アレルギー対応食の実施内容・実施基準について、次の質問項目により、「はい」か「いいえ」で判断し、A~Cで該当するものに○をつけてください。

**1 学校給食における対応を希望しますか。**

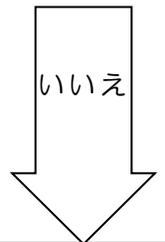


( ○ )  
A 給食での対応はなし

**さぬき市の食物アレルギー対応食は、卵、乳、小麦、えびの除去食、もしくは代替食となります。**

- ※原則、「完全除去」とします。(調味料・だし・添加物等は除く)
- ※微量混入(コンタミネーション)の可能性は、完全には排除できません。
- ※そば、落花生(ピーナッツ)、かに、くるみは給食には使用しません。
- 卵・乳・小麦・えびの4品目以外に原因食物がない人のみの対応となります。**

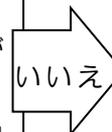
**2 上記の内容を理解した上で、対応食を希望しますか。**



**【食物アレルギー対応食の実施基準】**

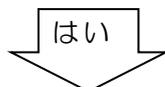
給食開始時点において、以下の項目をすべて満たす児童等を対象に提供します。

1	食物アレルギーと医師から診断され、毎年、学校生活管理指導表(及び食物アレルギー意見書)を提出している。
2	医師の診断により、学校給食における食物アレルギー対応食の提供が安全上の観点等から可能であることを学校生活管理指導表に記載されていること。 ア 調味料・だし・添加物等によるアレルギー症状の発症の危険がないこと。 イ 加工食品の原材料の欄外表記(注意喚起表示)の表示がある場合についても除去指示がない場合。 ウ 揚げ調理に使用する食用油の共用や食器・調理器具の共用ができること
3	さぬき市が実施する食物アレルギー対応食の対応アレルゲン(卵・乳・小麦・えび)以外にアレルゲンを有しないこと。
4	個別配食容器・ケースの外部に該当児童等の学校名・クラス名・氏名等表示することが可能であること。



( ○ )  
B 詳細な献立表で給食の内容を確認して、必要な場合には弁当を持参します。

**3 上記の内容を理解した上で、対応食を希望しますか。**



【問合せ先】  
0879-23-2114  
ご不明な点があれば  
さぬき市学校給食共同調理場  
にお問い合わせください。

( ○ ) C 食物アレルギー対応食を食べます

主治医様

さぬき市教育委員会

教育長

さぬき市立

学校・園

園・校長

## 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）及び 食物アレルギー意見書の記入について（依頼）

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) 平成・令和 年 月 日生 ( ) 才

食物アレルギーを有する上記児童生徒園児について、学校給食を主として学校での管理や配慮が必要となります。適切な対応を実施するために、「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」及び「食物アレルギー意見書」のご記入をよろしくお願いいたします。

### <記入にあたって>

学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)	上記児童生徒が有するアレルギーのすべてについて可能な限りご記入ください。 学校給食だけでなく、学校生活のすべてで参考にさせていただきます。
食物アレルギー意見書	さぬき市食物アレルギー対応食実施について参考にさせていただきます。

### 《さぬき市学校給食における食物アレルギー対応について》

(1) 「安全性確保」のために、原因食物を「提供するかしないかの二者択一」つまり完全除去か他の児童生徒と同じように提供するかのどちらかの対応とします。

(2) 対象となるアレルゲン

卵、乳、小麦、えび、そば、落花生（ピーナッツ）、かに、くるみ

※ そば・落花生・かに・くるみは、学校給食での使用を想定していないため、**卵・乳・小麦・えびの食物アレルギー対応食を実施します**。卵にはうずら卵を含みます。

(3) 加工の程度により除去か否かの区別はしません。

(例) 卵のアレルギーの場合は、加熱の程度によらず完全除去とします。

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

(4) ア～ウに該当するごく微量でも症状の出る重篤な場合は、安全性確保のため給食全部または一部を中止とし、給食全部または一部が弁当持参となります。

ア 調味料・だし・添加物等によるアレルギー症状の発症の危険がないこと

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

ウ 揚げ調理に使用する食用油の共用や食器・調理器具の共用ができること

【さぬき市の食物アレルギー対応食について】

① 実施基準（一部抜粋・**ご確認の上、□にチェックをお願いします**）

医師の診断により、食物アレルギー対応食の提供が安全上の観点から可能であること

**【現在アナフィラキシーショックの発症の危険がない・微量（注1）での発症の可能性がない】**

本市の実施する除去、代替食および給食に使用しない食物以外にアレルゲンを有しないこと  
**※注1：微量とは、よく洗った調理器具や食器に残っている微量残留や、離れた場所からの粉の飛散による混入など。**

② 実施内容

- ・卵、乳、小麦、えびの除去食または代替食を提供する。
- ・そば・落花生（ピーナッツ）・かに・くるみは、学校給食には使用しない。
- ・卵はうずら卵を含む。生卵は使用しない。
- ・除去は、「完全除去」とし、多段階の除去食提供は行わない。

※上記内容をご確認の上、①実施基準の □ にチェックをし、下記に記載してください。

児童等氏名			男 ・ 女	平成・令和	年	月	生
アレルゲン	診断根拠 (あてはまるものに ○をして下さい)	一番最近の 発症及び 検査年月	学校給食の際の指示事項 (除去の程度)	現時点で摂取した場合に出現する 可能性のある症状			
① あきらかな 症状の既往	② 食物負荷試験 陽性	症状が出た 最終年月	<input type="checkbox"/> 微量の混入でも不可 <b>【この場合、アレルギー対応給 食の提供はできません】</b>	<input type="checkbox"/> 発赤、じんま疹など即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅延型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック（全身）症状 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
		検査年月	<input type="checkbox"/> 微量の混入は可 <input type="checkbox"/> その他の特記事項 ( )				
③ I gE 抗体等検 査結果陽性							
① あきらかな 症状の既往	② 食物負荷試験 陽性	症状が出た 最終年月	<input type="checkbox"/> 微量の混入でも不可 <b>【この場合、アレルギー対応給 食の提供はできません】</b>	<input type="checkbox"/> 発赤、じんま疹など即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅延型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック（全身）症状 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
		検査年月	<input type="checkbox"/> 微量の混入は可 <input type="checkbox"/> その他の特記事項 ( )				
③ I gE 抗体等検 査結果陽性							

様式2-2 裏面

アレルギー	診断根拠 (あてはまるものに ○をして下さい)	一番最近の 発症及び 検査年月	学校給食の際の指示事項 (除去の程度)	現時点で摂取した場合に出現する 可能性のある症状
	① あきらかな 症状の既往  ② 食物負荷試験 陽性  ③ IgE抗体等 検査結果陽性	症状が出た 最終年月  検査年月	<input type="checkbox"/> 微量の混入でも不可 <b>【この場合、アレルギー対応給食の提供はできません】</b> <input type="checkbox"/> 微量の混入は可 <input type="checkbox"/> その他の特記事項 ( )	<input type="checkbox"/> 発赤、じんま疹など即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅延型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック（全身）症状 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	① あきらかな 症状の既往  ② 食物負荷試験 陽性  ③ IgE抗体等 検査結果陽性	症状が出た 最終年月  検査年月	<input type="checkbox"/> 微量の混入でも不可 <b>【この場合、アレルギー対応給食の提供はできません】</b> <input type="checkbox"/> 微量の混入は可 <input type="checkbox"/> その他の特記事項 ( )	<input type="checkbox"/> 発赤、じんま疹など即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅延型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック（全身）症状 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	① あきらかな 症状の既往  ② 食物負荷試験 陽性  ③ IgE抗体等 検査結果陽性	症状が出た 最終年月  検査年月	<input type="checkbox"/> 微量の混入でも不可 <b>【この場合、アレルギー対応給食の提供はできません】</b> <input type="checkbox"/> 微量の混入は可 <input type="checkbox"/> その他の特記事項 ( )	<input type="checkbox"/> 発赤、じんま疹など即時型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 湿疹など遅延型皮膚症状 <input type="checkbox"/> 口腔・粘膜症状 <input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状 <input type="checkbox"/> ショック（全身）症状 <input type="checkbox"/> その他 ( )
摂取した場合の対処法	① 内服薬 ( )			
緊急の対応	② 外用薬 ( )			
	③ エピペン ( )			
	④ その他 ( )			
その他（注意事項等）				

令和 年 月 日

医療機関

住 所

電話番号

医 師 名

表 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

提出日 年 月 日

名前 (男・女) 年 月 日生 年 月 日 組

※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	
<p><b>アナフィラキシー</b> (あり・なし)</p> <p><b>食物アレルギー</b> (あり・なし)</p>	<p><b>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)</b></p> <p>1. 即時型</p> <p>2. 口腔アレルギー症候群</p> <p>3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー</p> <p><b>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)</b></p> <p>1. 食物 (原因)</p> <p>2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー</p> <p>3. 運動誘発アナフィラキシー</p> <p>4. 昆虫 ( )</p> <p>5. 医薬品 ( )</p> <p>6. その他 ( )</p> <p><b>C 原因食物・除去根拠</b> 該当する食品の番号に○をし、かつ( )内に除去根拠を記載</p> <p>1. 鶏卵 ( )</p> <p>2. 牛乳・乳製品 ( )</p> <p>3. 小麦 ( )</p> <p>4. ソバ ( )</p> <p>5. ビーナッツ ( )</p> <p>6. 甲殻類 ( )</p> <p>7. 木の実類 ( )</p> <p>8. 果物類 ( )</p> <p>9. 魚類 ( )</p> <p>10. 肉類 ( )</p> <p>11. その他1 ( )</p> <p>12. その他2 ( )</p> <p><b>D 緊急時に備えた処方薬</b></p> <p>1. 内服薬 (抗ヒスタミン薬、ステロイド薬)</p> <p>2. アドレナリン自己注射薬 (「エピペン®」)</p> <p>3. その他 ( )</p>	<p><b>A 給食</b></p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 管理必要</p> <p><b>B 食物・食材を扱う授業・活動</b></p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 管理必要</p> <p><b>C 運動 (体育・部活動等)</b></p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 管理必要</p> <p><b>D 宿泊を伴う校外活動</b></p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 管理必要</p> <p><b>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</b></p> <p>※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。</p> <p>鶏卵：卵殻カルシウム</p> <p>牛乳：乳糖・乳清乾燥カルシウム</p> <p>小麦：醤油・酢・味噌</p> <p>大豆：醤油・味噌</p> <p>ゴマ：ゴマ油</p> <p>魚類：かつおだし・いりこだし・魚醤</p> <p>肉類：エキス</p> <p><b>F その他の配慮・管理事項 (自由記述)</b></p>	<p><b>緊急時連絡先</b></p> <p>★保護者</p> <p>電話： _____</p> <p>★連絡医療機関</p> <p>医療機関名： _____</p> <p>電話： _____</p> <p>記載日 _____年____月____日</p> <p>医師名 _____</p> <p>医療機関名 _____</p>
<p><b>気管支ぜん息</b> (あり・なし)</p>	<p><b>A 症状のコントロール状態</b></p> <p>1. 良好</p> <p>2. 比較的良好</p> <p>3. 不良</p> <p><b>B-1 長期管理薬 (吸入)</b></p> <p>1. ステロイド吸入薬 ( ) 投与量/日 ( )</p> <p>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 ( ) 投与量/日 ( )</p> <p>3. その他 ( )</p> <p><b>B-2 長期管理薬 (内服)</b></p> <p>1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 ( )</p> <p>2. その他 ( )</p> <p><b>B-3 長期管理薬 (注射)</b></p> <p>1. 生物学的製剤 ( )</p> <p>2. その他 ( )</p> <p><b>C 発作時の対応</b></p> <p>1. ベータ刺激薬吸入 ( ) 投与量/日 ( )</p> <p>2. ベータ刺激薬内服 ( )</p>	<p><b>A 運動 (体育・部活動等)</b></p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 管理必要</p> <p><b>B 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動</b></p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 管理必要</p> <p><b>C 宿泊を伴う校外活動</b></p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 管理必要</p> <p><b>D その他の配慮・管理事項 (自由記述)</b></p>	<p><b>緊急時連絡先</b></p> <p>★保護者</p> <p>電話： _____</p> <p>★連絡医療機関</p> <p>医療機関名： _____</p> <p>電話： _____</p> <p>記載日 _____年____月____日</p> <p>医師名 _____</p> <p>医療機関名 _____</p>

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

病型・治療		学校生活上の留意点	記載日
<p><b>アレルギー性皮膚炎</b> (あり・なし)</p> <p><b>A 重症度のめやす (厚生労働科学研究班)</b>                      1. 軽症：面積に関わらず、軽度の皮疹のみ見られる。                      2. 中等症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満に見られる。                      3. 重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満に見られる。                      4. 最重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上に見られる。                      *軽度の皮疹：軽度の紅斑、乾燥、発赤、発疹、小水疱、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変                      *強い炎症を伴う皮疹：紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変</p> <p><b>B-1 常用する外用薬</b>                      1. ステロイド軟膏                      2. タクロリムス軟膏 (「プロトピック®」)                      3. 保湿剤                      4. その他 ( )</p> <p><b>B-2 常用する内服薬</b>                      1. 抗ヒスタミン薬                      2. その他 ( )</p> <p><b>B-3 常用する注射薬</b>                      1. 生物学的製剤</p>		<p><b>A フール指導及び長時間の紫外線下での活動</b>                      1. 管理不要                      2. 管理必要</p> <p><b>B 動物との接触</b>                      1. 管理不要                      2. 管理必要</p> <p><b>C 発汗後</b>                      1. 管理不要                      2. 管理必要</p> <p><b>D その他の配慮・管理事項(自由記述)</b></p>	年 月 日 医師名 医療機関名
<p><b>アレルギー性結膜炎</b> (あり・なし)</p> <p><b>A 病型</b>                      1. 通年性アレルギー性結膜炎                      2. 季節性アレルギー性結膜炎 (花粉症)                      3. 春季カタル                      4. アトピー性角結膜炎                      5. その他 ( )</p> <p><b>B 治療</b>                      1. 抗アレルギー点眼薬                      2. ステロイド点眼薬                      3. 免疫抑制点眼薬                      4. その他 ( )</p>		<p><b>A フール指導</b>                      1. 管理不要                      2. 管理必要</p> <p><b>B 屋外活動</b>                      1. 管理不要                      2. 管理必要</p> <p><b>C その他の配慮・管理事項 (自由記載)</b></p>	年 月 日 医師名 医療機関名
<p><b>アレルギー性鼻炎</b> (あり・なし)</p> <p><b>A 病型</b>                      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)                      主症状の時期： 春、夏、秋、冬</p> <p><b>B 治療</b>                      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・スギ)                      4. その他 ( )</p>		<p><b>A 屋外活動</b>                      1. 管理不要                      2. 管理必要</p> <p><b>B その他の配慮・管理事項 (自由記載)</b></p>	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 \_\_\_\_\_



質問6 現在アレルギー疾患の治療のために使用している薬について教えてください。

- ( ) ある [内服薬 ] [吸入薬 ]  
[外服薬 ] [注射薬 ]  
( ) ない

質問7 アドレナリン自己射薬（エピペン）のほかに学校に携帯を希望する薬はありますか。

- ( ) ある [ 内服薬 ・ 吸入薬 ・ 外服薬 ・ その他 ]  
( ) ない

質問8 児童自身で薬の管理はできますか。

- ( ) できる [ 薬の保管場所： ]  
( ) できない [ 対応を希望する ・ 対応を希望しない ]

質問9 学校給食での食物アレルギーに対する対応を希望しますか。

- ( ) 希望する  
( ) 希望しない

質問10 どのような学校給食の対応を希望しますか。

- ( ) 毎月、詳細な献立表を希望する  
( ) 児童が自分で除去する [ 除去する食品： ]  
( ) 弁当を持参する [ 完全弁当 ・ 一部弁当 ]  
( ) その他 [ ]

質問11 学校生活上の注意点や配慮することはありますか。

(ア) 食物・食材を扱う授業、クラブ、委員会活動、部活動

(イ) 運動（体育・部活動）

(ウ) 遠足・校外学習

(エ) 宿泊を伴う校外活動

(オ) 他の子どもたちに対する指導

(カ) 他の保護者に対する説明

(キ) 医療機関・消防機関への情報提供及び同意

(ク) その他

面談等記録票【継続用】

(学校記入用)

年度

年 組	氏名	男・女	面談実施日	月	日
面談出席者	保護者：父・母 ( )		連絡先		
	学校側： 校長 教頭 担任 給食主任 養護教諭 ( )				
提出書類	<input type="checkbox"/> 学校生活管理指導票 提出日 年 月 日				
	<input type="checkbox"/> 提出日 年 月 日				
アレルギー対象食品：物資/対応方法					
年月日	保護者との面談記録・連絡事項		学校での対応		記入者

個別対応プラン【園・学校にて保管】

裏面もあります

年度												
学校名												
学年	年少	年中	年長	小1	2	3	4	5	6	中1	中2	中3
学級												

児童等氏名				性別	男・女	生年月日	平成・令和	年	月	日		
保護者氏名				自宅電話				FAX				
				自宅以外の緊急連絡先	①(携帯・勤務先・その他) (続柄 )							
					※連絡先の名称等:							
保護者住所	〒 - さぬき市											
主治医	病院名( )			主治医名( )			電話( )					
	病院名( )			主治医名( )			電話( )					
	病院名( )			主治医名( )			電話( )					
診断書・食事指示書等の年月	①	年	月	②	年	月	③	年	月	④	年	月
検査等の年月	①	年	月	②	年	月	③	年	月	④	年	月
除去食品							①食品除去は(医師・保護者)の判断で行っている					
							②食品によるアレルギーをおこしたことが(ある 年 月・ない)					
症状	( 年 月)						( 年 月)					
病院や家庭での処置や対応(経年経過で)	( 年 月)						( 年 月)					
服薬	( 年 月)						( 年 月)					
調理実習、宿泊学習での配慮希望	( 年 月)						( 年 月)					

緊急時の 対応	A 弱い反応	( )病院の( )医師(Tel ( ) )へ連絡 ※もし10分以内に反応が治まる傾向にない場合には「B強い反応の場合」へ移行する。
	B 強い反応 (呼吸困難・腫れ)	1 すぐに救急車を呼び、医療機関に移送 2 ( )病院の( )医師(Tel ( ) )へ連絡 3 その他 ( )

**【学校給食における対応決定事項】**

	決定( 年 月 日)	変更( 年 月 日)	変更( 年 月 日)
給食停止 等	弁当持参 ・ 牛乳停止	弁当持参 ・ 牛乳停止	弁当持参 ・ 牛乳停止
食物アレルギー 対応食			
その他			

**【学校での様子】** 学校でアレルギー発症した場合などを記録

	年 月 日	年 月 日	年 月 日
症状			
処置経過			
その他			

**【その他・特記事項】** ※要記入年月日


注) 本個人調査票については、職員室等で全職員が見て、情報を把握・共有できるように管理します。  
また、学校でのアレルギー対応目的以外には使用することはできません。

提出日：令和 年 月 日

## 食物アレルギー対応食実施申請書（新規）

さぬき市教育委員会 教育長 様

保護者氏名 \_\_\_\_\_

食物アレルギーへの学校給食での対応について、下記の必要書類を添えて申請します。

園学校等名	さぬき市立		学年・学級	年 組
(ふりがな) 児童等氏名	性別	男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日 生
(ふりがな) 保護者氏名			電話番号	自宅 ( ) - 携帯 ( ) -
住 所	〒 —			

前籍の保育園・幼稚園・こども園・学校での対応（新入学・転入時のみ記入）

園・学校名	給食対応	有 ・ 無 ・ 毎日弁当
これまでの給食対応内容		

- 今後の学校給食での食物アレルギー対応について  
(希望する項目をチェックしてください)  
・ 食物アレルギー対応食の提供 ( 卵 乳 小麦 えび )
- 添付書類  
 食物アレルギー意見書【様式 2-2】  
 学校生活管理指導表【様式 3】
- 食物アレルギー対応食の実施にあたり、下記のことを理解して同意します。  
(すべての項目を確認の上、チェックしてください)  
 微量混入（コンタミネーション）の可能性は完全に排除できないこと。  
 不足があれば、一部弁当持参の必要な場合があること。  
 栄養面・献立面で不足が生じる可能性があること。  
 定期的及び必要に応じて対応内容について学校・調理場と協議する必要があること。  
 毎月配布するアレルギー対応食用詳細献立表を確認し、食物アレルギー対応給食承諾書【様式 8】に必要事項を記入し提出すること。  
 この申請及び給食対応の内容は、学校・調理場に情報が共有されること。

※ 申請内容はさぬき市学校給食食物アレルギー対応検討委員会で審査の上、決定されます。

提出日：令和 年 月 日

## 食物アレルギー対応食実施申請書（継続）

さぬき市教育委員会 教育長 様

保護者氏名 \_\_\_\_\_

次年度の食物アレルギーへの学校給食での対応について、下記の必要書類を添えて申請します。

園学校等名	さぬき市立		学年・学級	新 年 組
(ふりがな) 児童等氏名	性別	男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日 生
(ふりがな) 保護者氏名			電話番号	自宅 ( ) - 携帯 ( ) -
住 所	〒 —			

## 1 現在の学校給食での食物アレルギー対応（該当する項目をチェックしてください）

卵 乳 小麦 えび

## 2 今後の学校給食での食物アレルギー対応について

（希望する項目をチェックしてください）

- ・ アレルギー対応食の提供（ 卵 乳 小麦 えび ）
- ・ 現在の対応内容との変更の有無（ 有 無 ）

## 3 添付書類

- 食物アレルギー意見書【様式 2-2】
- 学校生活管理指導表【様式 3】

## 4 食物アレルギー対応食の実施にあたり、下記のことを理解して同意します。

（すべての項目を確認の上、チェックしてください）

- 微量混入（コンタミネーション）の可能性は完全に排除できないこと。
- 不足があれば、一部弁当持参の必要な場合があること。
- 栄養面・献立面で不足が生じる可能性があること。
- 定期的及び必要に応じて対応内容について学校・調理場と協議する必要があること。
- 毎月配布するアレルギー対応食用詳細献立表を確認し、食物アレルギー対応給食承諾書【様式 8】に必要事項を記入し提出すること。
- この申請及び給食対応の内容は、学校・調理場に情報が共有されること。

※ 申請内容はさぬき市学校給食食物アレルギー対応検討委員会で審査の上、決定されます。

提出日：令和 年 月 日

## 食物アレルギー対応食実施【変更・中止】申請書

さぬき市教育委員会 教育長 様

保護者氏名 \_\_\_\_\_

食物アレルギーへの学校給食での対応について、診断の結果、下記のとおり（変更・中止）申請します。

園学校等名	さぬき市立			学年・学級	年 組
(ふりがな) 児童等氏名		性別	男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日 生
(ふりがな) 保護者氏名				電話番号	自宅 ( ) - 携帯 ( ) -
住 所	〒 -				

## 1 現在の学校給食での食物アレルギー対応（該当する項目をチェックしてください）

卵 乳 小麦 えび

## 2 変更・中止の内容（希望する項目をチェックしてください）

## (1)変更の場合

- ・ アレルギー対応食の提供（ 卵 乳 小麦 えび ）

## (2)中止の場合（中止の理由）

- 通常の給食を食べる（理由： \_\_\_\_\_）
- 給食停止（理由： \_\_\_\_\_）

※中止の場合、下記の2・3は、必要ありません。

## 3 添付書類

- 食物アレルギー意見書【様式 2-2】
- 学校生活管理指導表【様式 3】

## 4 食物アレルギー対応食の実施にあたり、下記のことを理解して同意します。

（すべての項目を確認の上、チェックしてください）

- 微量混入（コンタミネーション）の可能性は完全に排除できないこと。
- 不足があれば、一部弁当持参の必要な場合があること。
- 栄養面・献立面で不足が生じる可能性があること。
- 定期的及び必要に応じて対応内容について学校・調理場と協議する必要があること。
- 毎月配布するアレルギー対応食用詳細献立表を確認し、食物アレルギー対応給食承諾書【様式 8】に必要事項を記入し提出すること。
- この申請及び給食対応の内容は、学校・調理場に情報が共有されること。

※ 申請内容はさぬき市学校給食食物アレルギー対応検討委員会で審査の上、決定されます。

さぬき市立 幼稚園長 様  
 小学校長 様  
 中学校長 様

さぬき市立

幼稚園長 様  
 小学校長 様  
 中学校長 様

さぬき市教育委員会  
 教育長

### 学校給食での食物アレルギー対応について（通知）

令和 年 月 日付で申請のありました学校給食での食物アレルギーへの対応について、下記のとおりとしますのでお知らせします。

記

学校名	さぬき市立 幼稚園 小学校 年 中学校 年	組 組 組
対象者氏名		
対応期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで	
対応内容		

さ教学第 号  
令和 年 月 日

様

さぬき市教育委員会  
教育長

### 学校給食での食物アレルギー対応について（通知）

令和 年 月 日付で申請のありました学校給食での食物アレルギーへの対応について、下記のとおりとしますのでお知らせします。

記

学校名	さぬき市立 幼稚園 組 小学校 年 組 中学校 年 組
対象者氏名	
対応期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
対応内容	

- ※ 食物アレルギー対応食は氏名・学級を表示した個別配送容器で配送します。
- ※ 年に1回、医師が作成した食物アレルギー意見書【様式 2-2】と学校生活管理指導表【様式 3】を提出するとともに、年度末に学校等・調理場と面談を行います。
- ※ 対応期間中に症状の変更があった場合は、「食物アレルギー対応食【変更・中止】申請書【様式 6】」及び指定された添付書類を学校等に提出してください。
- ※ 「コンタミネーション（微量混入）」の可能性は完全には排除できません。

令和 年 月 日

## 食物アレルギー対応食承諾書

さぬき市教育委員会 教育長 様

さぬき市立 幼稚園 組  
学校 年 組

対象者氏名 \_\_\_\_\_

保護者名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_月分食物アレルギー対応食は、食物アレルギー対応食用詳細献立表のとおりとするこ  
とについて承諾します。

連絡事項

※学校等へは \_\_\_\_\_ 月 日 ( ) までに提出してください。

様式 10

食物アレルギー対応食一覧表（月毎）

給食センター→学校

令和 年 月分

さぬき市立

志度小学校

★ 対象者へ食物アレルギー対応食の受け渡し完了したら、「確認」欄にチェックを入れる。

		1 い		1 い		2 は		4 ろ		5 い		5 ろ		6 は		計		
		アキヤマ		イノウエ		ウエヤマ		エノキ		オオヤマ		カマダ		キタガワ				
		アレルギー		卵		卵乳		卵乳小		卵乳小え		乳		乳小		乳小え		
月	曜	卵	乳	小麦	えび	対応	確認	対応	確認	対応	確認	対応	確認	対応	確認	対応	確認	
1	月	卵				0		0		0								4
2	火	卵				0		0		0								4
3	水	乳小						0		0		0		0		0		6
4	木	乳え						0		0		0		0		0		6
5	金	卵小え	0			0		0		0				0		0		6
8	月	小						0		0				0		0		4
9	火																	0
10	水	乳						0		0		0		0		0		6
11	木	小						0		0				0		0		4
15	月	卵乳	0			0		0		0		0		0		0		7
16	火	卵小	0			0		0		0				0		0		6
17	水																	0
18	木	乳え						0		0		0		0		0		6
19	金																	0
22	月	卵小	0			0		0		0				0		0		6
23	火	卵乳小	0			0		0		0		0		0		0		7
24	水	乳						0		0		0		0		0		6
25	木	え								0						0		2
26	金																	0
29	月																	0
30	火	卵	0			0		0		0								4
31	水	乳						0		0		0		0		0		6
	計																	

様式 11

食物アレルギー対応食受け渡し確認表

給食センター⇄学校

令和 年 月 日 ( )

学 校 名		ク ラ ス	年 組
氏 名			
アレルゲン			

共同調理場			配送	学校		喫食の状況
調理担当者	アレルギー責任者	専任管理栄養士	配送員	管理員	担任等	( ) 食べた ( ) 食べなかった 備考：

記入例

食物アレルギー対応食受け渡し確認表

令和 4 年 9 月 1 日 ( 木 )

学 校 名	〇〇小学校	ク ラ ス	1 年 1 組
氏 名	坂出 花子		
アレルゲン	卵		

共同調理場			配送	学校		喫食の状況
調理担当者	アレルギー責任者	専任管理栄養士	配送員	管理員	担任等	( ) 食べた ( ) 食べなかった 備考：

## 学校給食における食物アレルギー事故等報告書

## 【報告を要するヒヤリハットの内容】

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

報告日	年 月 日	職名	氏名
学校名または調理場名	さぬき市立 園・学校・調理場		
	電話番号		
施設長	職名	氏名	
発生日時	年 月 日 ( 曜日) 時 分頃		
発生場所			
発生の原因 となった食物			
概要	発生時の状況	(発生場所、時間・場面等を含み詳細を報告)	
	発生に気付くに至った状況	(ヒヤリハットの場合のみ記入)	
	発生後の対応	(事故の場合のみ、給食対応・児童生徒及び保護者への対応を記入)	
考えられる要因			
再発防止に向けた対策・改善点			
その他			

学校給食における食物アレルギー事故等報告書

【報告を要するヒヤリハットの内容】

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

報告日	年 月 日	報告書	職名	氏名
-----	-------	-----	----	----

学校名または調理場名	さぬき市立 電話番号 0879-00-0000		園・学校・調理場
所属長	職名		氏名
発生日時	令和 6年 10月 31日（木曜日）		12時 00分頃
発生場所	〇年〇組 教室		
発生の原因 となった食物	鶏卵		
概要	発生時の状況	(発生場所、時間・場面等を含み詳細を報告) 12:10 食物アレルギー対応食（卵）を食べる児童の机に通常の給食を配膳してしまった。食物アレルギー対応食を取りに行くのを忘れた。	
	発生に気付くに至った状況	(ヒヤリハットの場合のみ記入) 12:20 いただきますの挨拶の前に、担任が食事内容の確認をした際に、間違いに気がついた。	
	発生後の対応	(事故の場合のみ、給食対応・児童生徒及び保護者への対応を記入)	
考えられる要因	<ul style="list-style-type: none"> <li>・担任が除去食対応一覧表を確認せず、配膳を行った。</li> <li>・食物アレルギー対応食を取りに行くのを忘れた。</li> </ul>		
再発防止に向けた対策・改善点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・作業前の打合せ時に当日のアレルギー対応を全員で確認する。</li> <li>・名札をつける際は、必ずアレルギー対応表を確認する。</li> <li>・除去食の配膳をした後に別の調理員が確認をする体制を整備していたため、事故を防ぐことができた。今後も複数人でチェックをする。</li> </ul>		
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・4時間目終了後、除去食対応一覧表を確認し給食の準備に取り掛かる。</li> </ul>		