

様式集

様式番号	名 称	関連章 (ページ)
様式第1号	食物アレルギー対応調査書の提出について	第3章(3-1)
様式第2号	食物アレルギー対応調査書(回答)	第3章(3-1) 第7章(7-3)
様式第3号	学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)〈表・裏〉	第3章(3-1、3-2) 第6章(6-2) 第7章(7-3) 第8章(8-1)
様式第4号	緊急時個別対応カード〈表・裏〉	第3章(3-1) 第7章(7-3) 第8章(8-1、8-2)
様式第5号	食物アレルギー対応解除申出書	第3章(3-1)
様式第6号	学校生活管理指導表ご提出のお願い	第3章(3-1)
様式第7号	食物アレルギー面談票兼個別取組みプラン	第2章(2-2) 第3章(3-1、3-2) 第7章(7-1、7-2)
様式第8号	食物アレルギー対応同意書兼決定通知書	第3章(3-1、3-2) 第7章(7-2、7-3)
様式第9-1号	学校給食献立表兼対応依頼書(小学校)	第4章(4-3)
様式第9-2号	学校給食献立表兼対応依頼書(中学校)	第4章(4-3)
様式第10号	食物アレルギーヒヤリハット報告書(第1報・第2報)	第4章(4-3)
様式第11号	食物アレルギー対応児童・生徒一覧表	第5章(5-1)
様式第12号	食物アレルギー対応食品一覧表	第5章(5-1)
様式第13号	食物アレルギー対応チェック表	第5章(5-1)
様式第14-1号	移動教室施設におけるアレルギー等対応連絡票	第7章(7-2)
様式第14-2号	大田区立伊豆高原学園移動教室におけるアレルギー等対応連絡票	第7章(7-2)
様式第14-3号	大田区休養村とうぶ移動教室におけるアレルギー等対応確認票	第7章(7-2)
様式第15号	食物アレルギー対応申し出についてのお願い ～大田区立中学校進学後の学校給食を安全・安心に進めるために～	第7章(7-3)
様式第16号	食物アレルギー事故等発生状況報告(学校給食時)	第8章(8-3)

保護者様

様式第1号

大田区立_____学校
校長_____

食物アレルギー対応調査書の提出について

食物アレルギー疾患のある児童・生徒には学校において次の手順により食物アレルギー対応を行います。食物アレルギーの有無に関わらず年1回、すべての児童・生徒に調査書を提出していただきますよう、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

■学校で食物アレルギー対応を行う対象

- (1) 医師により食物アレルギーと診断されている児童・生徒。
 - (2) 家庭でも医師の指示による食事療法(原因食物の除去)を行っており、学校給食においても除去食の提供が可能である児童・生徒。
- ※極微量で反応が誘発される可能性がある等の場合は弁当持参をお願いします。

■対応内容

学校給食においては、児童、生徒の安全・安心を最優先するため、原因食物が少量摂取できたとしても、献立から原因食物を完全に取り除いた除去対応を基本といたします。除去した結果、献立が成り立たない場合には弁当持参をお願いいたします。また、家庭からの弁当は自己管理となりますので、どうぞご理解、ご協力をよろしくお願いいたします。なお、大田区においては特に重篤度が高い「そば」「落花生(ピーナッツ)」は給食に使用しません。

■回答の提出について

- (1) 「食物アレルギー対応調査書」(このリーフレットの右側に印刷されていますので、保護者の方が記入してください。)を学校に提出してください。
- (2) 対応を必要とする児童・生徒には、「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」をお渡しますので、主治医の方に記入してもらい、学校に提出してください。
※「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」の記入には医療機関で文書料がかかります。なお、提出後、個別面談を行いますので、その際に「緊急時個別対応カード」、「食物アレルギー面談票兼個別取組みプラン」を別途ご提出していただきます。
- (3) 医師の診断により解除を希望する場合は、「食物アレルギー対応解除申出書」の提出が必要となりますので、お申し出ください。なお、申し出日が解除日にならないことがあります。ご了承ください。
- (4) 後日、提出された書類「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」等をもとに個別面談等を行い、学校においてどのような対応を行うかを協議のうえ決定いたします。

(キリトリ線)

様式第2号

【 全員提出 】

食物アレルギー対応調査書 (回答)

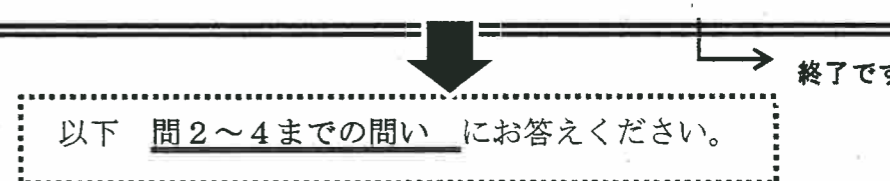
取扱注意

(あて先) 大田区立_____校長
記入日: _____年 _____月 _____日

年・組・番号 児童・生徒氏名	年 組 番 (男・女)	保護者氏名	Ⓜ
-------------------	----------------	-------	---

以下の問いについてお答えください。給食に出ない食材(そば、ピーナッツ、生卵等)であっても学校行事等でも出ることもあるため、食物アレルギーがある場合は必ずお知らせください。

問1 食物アレルギーはありますか。(はい / いいえ)



問2 食物アレルギーの状況についてご記入ください。原因食物によって症状が違えば、欄をわけてご記入ください。

アレルギーを起こす原因となる食物名	接触または食べた時の症状とその対応方法 (不明の場合は、不明とご記入ください)
(例) 卵	発疹や咳が出たら、内服薬を飲ませる。

問3 ご家庭では、除去食・食事制限を行っていますか。(はい / いいえ)

問4 エピペン®の処方がありますか。(はい / いいえ)

※エピペン®: アナフィラキシー補助治療剤-アドレナリン自己注射薬エピペン®注射薬

問5 学校給食で除去食を希望しますか。(はい / いいえ)

希望しない理由を下記にご記入してください。

【 記入例 】 原因食物を自分で除去できるため。

この調査書は、_____月_____日までに()へご提出ください。

名前 _____ 男・女 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳) _____ 学校 _____ 年 _____ 組 提出日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

表 学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)

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： 電話：
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 (「インターナル [®] 」) 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 ()	C. 急性発作治療薬 1. ベータ刺激薬吸入 2. ベータ刺激薬内服 D. 急性発作時の対応 (自由記載)	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)	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ (印) 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。 <small>*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</small> 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	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 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 _____ (印) 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 ()	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 _____ (印) 医療機関名 _____		

名前 _____ 男・女 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳) 学校 _____ 年 _____ 組 提出日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

裏
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)	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： 電話： 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ (印) 医療機関名 _____
	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. ピーナッツ 《 》 6. 種実類・木の実類 《 》 (_____) 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 (_____)	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)	
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)	病型・治療	学校生活上の留意点	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ (印) 医療機関名 _____
	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 (_____)	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)	

[診断根拠] 該当するものを《 》内に記載
 ① 明らかな症状の既往
 ② 食物負荷試験陽性
 ③ IgE抗体等検査結果陽性

●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： _____

取扱注意

緊急時個別対応カード（記録用紙）

様式第4号(表)

太枠内の項目について保護者の方が記入してください。※裏面もあります。

児童・生徒氏名	年 組	(男・女)	生年月日	年 月 日 (才)
アレルギーを起こす原因となる食物名				
日 時	年 月 日 ()		AM・PM	時 分 発見者:
食べたもの			食べた量	
バイタル	■意識 (有 ・ 無)		■血圧 (/)	■脈拍 () 回
準備処置	処方薬	未使用/使用	→ 時 分 (薬名:)	担当者: /
	エピペン®	未使用/使用	→ 時 分 (量: 0.15mg 0.3mg)	担当者: /
	AED	未使用/使用	→ 時 分	担当者: /
連絡	保護者	時 分	→ (来校時間: 時 分)	担当者: /
	医療機関	時 分	→ (到着時間: 時 分)	担当者: /
	救急車	時 分	→ (到着時間: 時 分)	担当者: /

症状チェック

緊急性が高いアレルギー症状

全身の症状	<input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 意識もうろう <input type="checkbox"/> 尿や便をもらす <input type="checkbox"/> 脈が触れにくい、不規則 <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い		
呼吸器症状	<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"/> 犬がほえるような咳 <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	
消化器症状	<input type="checkbox"/> 我慢できない腹痛 <input type="checkbox"/> 繰り返す嘔吐	<input type="checkbox"/> 中等度の腹痛 <input type="checkbox"/> 1~2回の嘔吐 <input type="checkbox"/> 1~2回の下痢	<input type="checkbox"/> 軽い(我慢できる)腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気
顔の症状	上記の症状が、 1つでも当てはまる場合	<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 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"/> 全身に広がる蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 全身が真っ赤	<input type="checkbox"/> 軽度のかゆみ <input type="checkbox"/> 数個の蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 部分的な赤み
	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) ③その場で安静を保つ ④その場で救急隊を待つ ⑤可能な内服薬を飲ませる。 ◆エピペン®を使用し10~15分後に症状の改善が見られない場合は、次のエピペン®を使用する(2本以上ある場合) ◆反応がなく、呼吸がなければ心肺蘇生を行う。	1つでも当てはまる場合	1つでも当てはまる場合
		①内服薬を飲ませエピペン®を準備 ②速やかに医療機関を受診 ※救急車の要請も考慮 ③医療機関に到着するまで少なくとも5分ごとに症状の変化を観察。 左記の症状が1つでも当てはまる場合、エピペン®を使用する。	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。

記録・観察者 ()

児童・生徒 氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日
-------------	-------	------	-------

経過観察チェックシート 概ね5分を目安に記録(状態に変化があった際にはその都度記録)

時間	症状	意識	血圧	脈拍
:	変化なし ・ 変化あり <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面蒼白 <input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> その他()	有 ・ 無	/	
:	変化なし ・ 変化あり <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面蒼白 <input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> その他()	有 ・ 無	/	
:	変化なし ・ 変化あり <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面蒼白 <input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> その他()	有 ・ 無	/	
:	変化なし ・ 変化あり <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面蒼白 <input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> その他()	有 ・ 無	/	
:	変化なし ・ 変化あり <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面蒼白 <input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> その他()	有 ・ 無	/	
:	変化なし ・ 変化あり <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面蒼白 <input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> その他()	有 ・ 無	/	
:	変化なし ・ 変化あり <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面蒼白 <input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> その他()	有 ・ 無	/	
:	変化なし ・ 変化あり <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面蒼白 <input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> その他()	有 ・ 無	/	
:	変化なし ・ 変化あり <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面蒼白 <input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> その他()	有 ・ 無	/	
:	変化なし ・ 変化あり <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面蒼白 <input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> その他()	有 ・ 無	/	
:	変化なし ・ 変化あり <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面蒼白 <input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> その他()	有 ・ 無	/	
:	変化なし ・ 変化あり <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面蒼白 <input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> その他()	有 ・ 無	/	

【保護者記入用】

(あて先)
大田区立 _____ 校長

_____ 年 _____ 月 _____ 日

食物アレルギー対応解除申出書

_____ 年 _____ 組

児童・生徒氏名 _____

このたび学校生活管理指導表のとおり除去していた

(食品名： _____) に関して

(医療機関： _____ 医師名： _____)

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) をもって学校において解除をお願いします。

保護者 氏名 _____

㊞

____年____月____日

様

大田区立_____
校 長_____

学校生活管理指導表 ご提出のお願い

____年____組_____さん について、

____年____月____日現在、

学校生活管理指導表が提出されておられません。

学校において、お子さんのアレルギー疾患に対する確な対応をするために、
至急ご提出をお願いします。

1 提出期限

____年____月____日まで

2 提出先

学級担任までご提出ください。

食物アレルギー面談票兼個別取組みプラン

保護者の方が太枠内を記入し学校生活管理指導表、緊急時個別対応カードと一緒に学校へ提出してください。
なお、※印は面談の際にご記入ください。

大田区立	学校
年 組 番	児童・生徒名 _____ (男・女)
	(生年月日: 年 月 日)

1 学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)の記載事項

学校生活管理指導表裏の病型・治療について該当項目に○又は記入をしてください。

A 食物アレルギー病型		
即時型	口腔アレルギー症候群	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(既往ありの場合のみ記載してください)		
食物(原因)	食物依存性運動誘発アナフィラキシー	運動誘発アナフィラキシー
昆虫	医薬品	その他()
C 原因食物		
1 鶏卵	2 牛乳・乳製品	3 小麦
4 そば	5 ピーナッツ	6 種実類・木の実類()
7 甲殻類(えび・かに)	8 果物類()	9 魚類()
10 肉類()	11 その他()	

2 処方薬の有無と薬名等について、ご記入ください。

処方薬	処方の有無	※ 保管場所
1 内服薬(薬名)		
2 エピペン® (本数: _____ 本) (0.15mg / 0.3mg のどちらかに○をしてください)		
3 その他()		

3 原因食物と摂取後の具体的な症状・対応手順等について、詳しく記入してください。

原因食物	症状	対応手順等
(例) 鶏卵	口の中がかゆくなる。⇒治まらない。	口をすすぎ、内服薬を飲む。

4 家庭における対応の程度について、記入してください。

(例) 食事・外食・おやつについて注意していることなど

5 学校生活上の留意点について、該当箇所に☑をしてください。

A 給食 ※①②は面談時に記入してください。
①自己除去(除去食物:)
②除去食(弁当持参を含む)[除去食物:]
B 食物・食材を扱う授業・活動(給食時、調理実習等) ※配慮内容は面談時に記入してください。
①献立内容の確認 <input type="checkbox"/> 配慮なし <input type="checkbox"/> 配慮あり(※配慮内容)
②給食当番の役割確認 <input type="checkbox"/> 配慮なし <input type="checkbox"/> 配慮あり(※配慮内容)
③配膳時の注意 <input type="checkbox"/> 配慮なし <input type="checkbox"/> 配慮あり(※配慮内容)
④おかわり等を含む喫食時の注意 <input type="checkbox"/> 配慮なし <input type="checkbox"/> 配慮あり(※配慮内容)
⑤片付け時の注意 <input type="checkbox"/> 配慮なし <input type="checkbox"/> 配慮あり(※配慮内容)
⑥調理実習 <input type="checkbox"/> 配慮なし <input type="checkbox"/> 配慮あり(※配慮内容)
⑦その他交流給食などの注意 <input type="checkbox"/> 配慮なし <input type="checkbox"/> 配慮あり(※配慮内容)
C 運動(体育・部活動等) <input type="checkbox"/> 配慮なし <input type="checkbox"/> 配慮あり (※配慮内容)
D 宿泊を伴う校外活動 <input type="checkbox"/> 配慮なし <input type="checkbox"/> 配慮あり (※配慮内容)
E その他の配慮・管理事項 ※

6 緊急時連絡先を記入してください。

連絡順位	氏名 (続柄等)	電話番号	特記事項
1	()		
2	()		
3	()		

7 食物アレルギーに関する医療機関の情報を記入してください。

医療機関名	電話番号
診療科	主治医
番号 カルテ 診察券	緊急時の受け入れ 可・不可

8 上記7で緊急時の受け入れが不可である時や他に搬送する医療機関がある場合の情報を記入してください。
なお、ご記入いただいた医療機関に搬送できない場合があります。

医療機関名	電話番号
診療科	主治医
番号 カルテ 診察券	

(学校記入欄)

面談日時	年 月 日() 時 分 ~ 時 分
出席者	保護者() 校長 / 副校長 / 担任 / 学年主任 / 養護教諭 / 栄養教諭・栄養士
事務処理点検欄	日時 担当者名
(初回) 写しの送付	
(変更) 写しの送付	

(あて先)
大田区立 _____ 校長

食物アレルギー対応同意書兼決定通知書

食物アレルギー対応の実施にあたり、下記の項目に関する説明に同意します。

- 食物アレルギー面談票兼個別取組みプランの対応内容のとおりであること。
- 定期的及び必要に応じて、対応内容について学校側と協議する必要があること。
- 食物アレルギー個別取組みプランの内容は、教職員全員に情報共有されること。
- 対応期間は決定通知書から1年間とし、医師の診断により変更した場合は適宜見直しを行うこと。
- 通級指導学級に通う場合や大田区立中学校に進学する場合は、食物アレルギー対応についての情報を通級指導学級設置校や進学先に申し送ること。
- 原因食物を給食から完全に除去するため、栄養面で不足が生じる可能性があること。
- 原因食物の異なる児童・生徒が複数在籍している場合、誤配膳等の事故を防ぐため、食べられる食材でも除去を行うことがあること。
- 除去した結果、献立が成り立たないときには、弁当持参が必要な場合があること。
- 家庭からの弁当は自己管理となること。
- 一般の食器・トレイと食物アレルギーの食器・トレイは区別されているが、一緒に洗浄及び保管されていること。(箸、スプーン、フォークは共用)
- 除去食対応専用の調理機器などではなく、厳密な区別ができないこと。
- 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。
- 教室にて食事制限が必要なこと、配膳時の注意事項等を他の児童・生徒に伝えること。
- ご家庭でも協力していただきたい事項
 - 食事制限が必要なことなどをお子さんに伝えてください。
 - 食物アレルギーのため、食べることができない給食は、お子さんと必ず一緒に献立表で確認して、何が食べられないかを伝えてください。
 - 一度配膳した給食の増減は、できないことをお子さんに伝えてください。
 - 食物アレルギーに関して保護者の方から伝えたいことがある場合は、電話等で学級担任にお伝えください。

_____年 _____月 _____日 _____年 _____組 児童・生徒氏名 _____

保護者氏名 _____ (印)

(学校記入欄)

保護者様

_____年 _____月 _____日の面談時において確認した内容に基づき、_____年 _____組 _____さんの食物アレルギー対応について、食物アレルギー面談票兼個別取組みプランの通り、対応することを決定したので通知します。

大田区立 _____ 学校
校長 _____ (印)

面談出席者 (職・氏名)	

事務処理点検欄	日付	職・氏名
保護者印確認		
写しの送付		

栄養士	養護教諭	学級担任	副校長	校長	様式第9号-1
					※同様の内容であれば、学校独自様式でも可

年 月 学校給食献立表兼対応依頼書

大田区立 小学校

日 曜	献立名	使用する食品名				エネルギー (kcal)
		赤(あか)の食品	緑(みどり)の食品	黄(き)の食品	調味料他	
		おもに体をつくる食品	おもに体の調子を整える食品	おもにエネルギーのもとになる食品		
1 月	むぎごはん			こめ むぎ		670
	牛乳(ぎゅうにゅう)	ぎゅうにゅう				
	マーボーじゃがいも	ぶたにく なまあげ だいず	にんじん はねぎ にら ほしいたけ	じゃがいも さとう でんぷん ごまあぶら	テンメンジャン しょうゆ さけ しお トウバンジャン	21.2
	はるま 春巻き	ぶたにく	にんじん たまねぎ キャベツ たけのこ	でんぷん なたねあぶら さとう こむぎこ サラダあぶら	しょうゆ しお	
	くきわかめともやしのあえもの	くきわかめ	もやし きゅうり	ごま ごまあぶら さとう	す しょうゆ しお	
2 火	コッペパン			パン		654
	牛乳(ぎゅうにゅう)	ぎゅうにゅう				
	はくさいのクリーム煮	ぎゅうにゅう とりにく なまクリーム	はくさい たまねぎ にんじん しめじ グリーンピース	じゃがいも こむぎこ バター サラダあぶら	しお こしょう	26.2
	さけのムニエル	さけ		バター こむぎこ	しお こしょう	
	やさしいサラダ		ブロッコリー カリフラワー ホールコーン			
3 水	ひじきごはん	とりにく あぶらあげ ひじき	にんじん グリンピース ほしいたけ	こめ むぎ さとう サラダあぶら ごま	しょうゆ みりん しお	665
	牛乳(ぎゅうにゅう)	ぎゅうにゅう				
	とうふのみそしる	とうふ みそ	かぼちゃ たまねぎ たけのこ はねぎ		にぼし(だし)	26.8
	さわらのつつたあげ	さわら		でんぷん さとう なたねあぶら	しょうゆ みりん さけ	
	きゅうりのあつさりあえ		キャベツ きゅうり	さとう	す うすくちしょうゆ	
4 木	むぎごはん			こめ むぎ		628
	牛乳(ぎゅうにゅう)	ぎゅうにゅう				
	てづくりふりかけ(しらす・わかめ・ごま)	しらすぼし わかめ		ごま ごまあぶら さとう	しょうゆ	22.7
	じゃがいものみそしる	とうふ みそ おから	たまねぎ にんじん はねぎ	じゃがいも	にぼし(だし)	
	スナックゴーヤ&フィッシュ	たら たまご	にがうり	でんぷん さとう ごま なたねあぶら	みりん しょうゆ	
5 金	しよくパン			パン		650
	スライスチーズ	チーズ				
	牛乳(ぎゅうにゅう)	ぎゅうにゅう				24.6
	なすとトマトのスパゲティ	いか ベーコン チーズ	トマト たまねぎ なす にんじん しめじ パセリ	スパゲティ オリーブオイル	トマトケチャップ しょうゆ しるワイン	
	イタリアンサラダ	レッドキドニー	パプリカ キャベツ きゅうり	さとう オリーブオイル	す しお こしょう	
	みかんジュース(100%)		みかんジュース			

【お願い】※食物アレルギー等で対応が必要な場合は、毎日献立表を確認してください。
 ※食物アレルギー等で加工食品の成分表や原材料のg数などの詳しい資料が必要な方は、学校へお申し出ください。

栄養士	養護教諭	学級担任	副校長	校長

様式第9号-2

※同様の内容であれば、学校独自様式でも可

年 月 学校給食献立表兼対応依頼書

大田区立 中学校

日 曜	献 立 名	対応内容 除去・持参	使用 する 食 品 名						エネルギー (kcal)	
			おもに体の組織をつくる		おもに体の調子を整える		おもにエネルギーとなる		調味料他	たんぱく質 (g)
			1群	2群	3群	4群	5群	6群		
			魚・肉・大豆・大豆製品	牛乳・小魚・海藻	緑黄色野菜	その他の野菜・きのこ・果物	穀類・いも類・砂糖	油脂		
1 月	麦ごはん					米 麦		871		
	牛乳		牛乳							
	マーボーじゃがいも		豚肉 生揚げ 大豆	にんじん 葉ねぎ にら	干しいたけ	じゃがいも 砂糖 でん粉	ごま油		テンメンジャン しょうゆ 酒 塩 トウバンジャン	
	春巻き		豚肉	にんじん	たまねぎ キャベツ たけのこ	でん粉 砂糖 小麦粉	なたね油 サラダ油		しょうゆ 塩	
	くきわかめともやしのあえもの		くきわかめ		もやし きゅうり	砂糖	ごま ごま油	酢 しょうゆ 塩	29.7	
2 火	コッペパン					パン		850		
	牛乳		牛乳							
	白菜のクリーム煮		鶏肉	牛乳 生クリーム	にんじん	白菜 たまねぎ しめじ グリンピース	じゃがいも 小麦粉		バター サラダ油	塩 こしょう
	さけのムニエル		さけ			小麦粉	バター		塩 こしょう	36.7
	野菜サラダ			ブロッコリー	カリフラワー ホールコーン					
3 水	ひじきごはん		鶏肉 油揚げ	ひじき	にんじん	グリンピース 干しいたけ	米 麦 砂糖	サラダ油 ごま	しょうゆ みりん 塩	865
	牛乳			牛乳						
	豆腐のみそ汁		豆腐 みそ		かぼちゃ 葉ねぎ	たまねぎ たけのこ		煮干し(だし)		
	さわらの竜田あげ		さわら			でん粉 砂糖	なたね油	しょうゆ みりん 塩	37.5	
	きゅうりのあつさりあえ				キャベツ きゅうり	砂糖		酢 うすくちしょうゆ		
4 木	麦ごはん					米 麦		816		
	牛乳		牛乳							
	手作りふりかけ(しらす・わかめ・ごま)			しらす干し わかめ		砂糖	ごま ごま油		しょうゆ	
	じゃがいものみそ汁		豆腐 みそ おから	にんじん 葉ねぎ	たまねぎ	じゃがいも			煮干し(だし)	
	スナックゴーヤ&フィッシュ		たら 卵		にがうり	でん粉 砂糖	ごま なたね油	みりん しょうゆ	31.8	
5 金	食パン					パン		845		
	スライスチーズ		チーズ							
	牛乳		牛乳							
	なすとトマトのスパゲティ		いか ベーコン	チーズ	トマト にんじん パセリ	たまねぎ なす しめじ	スパゲッティ		オリーブ油	トマトケチャップ しょうゆ 白ワイン
	イタリアンサラダ		レッドキドニー		パプリカ	キャベツ きゅうり	砂糖	オリーブ油	酢 塩 こしょう	34.4
	みかんジュース(100%)					みかんジュース				

【お願い】 ※ 食物アレルギー等で対応の必要な場合は、毎日献立表を確認してください。
 ※ 食物アレルギー等で加工食品の成分表や原材料のg数などの詳しい資料が必要な方は、学校へお申し出ください。

食物アレルギーヒヤリハット報告書

(第1報 ・ 第2報)

_____年____月____日

(あて先)

学 務 課 長

大田区立

学校長

① 児童・生徒 氏 名	年 組 氏名 (男・女)
② 発生日時	年 月 日 () 午前・後 時 分
③ 発生場所	
④ 原因食品	
⑤ 対象料理名	
⑥ 発生状況 (簡潔に)	
⑦ 原因と今後の 対策※	

※第1報の場合は、⑦の記載は必要ありません。

年度 食物アレルギー対応チェック表

様式第13号

月	日	受託業者		衛生管理 責任者 (栄養士)	校長	月	日	受託業者		衛生管理 責任者 (栄養士)	校長
		作成者	食品衛生責任者					作成者	食品衛生責任者		
	()						()				
■検収時						■検収時					
<input type="checkbox"/> 検収担当者は使用する食材や調味料の原材料表示により原因食品が含まれていないことを複数で確認した。						<input type="checkbox"/> 検収担当者は使用する食材や調味料の原材料表示により原因食品が含まれていないことを複数で確認した。					
■調理・盛り付け時						■調理・盛り付け時					
<input type="checkbox"/> 事前に調理担当者 () を決め、調理作業工程表及び動線図どおり作業した。						<input type="checkbox"/> 事前に調理担当者 () を決め、調理作業工程表及び動線図どおり作業した。					
<input type="checkbox"/> 加工食品等は再度、使用前に原因食品が含まれていないことを確認した。						<input type="checkbox"/> 加工食品等は再度、使用前に原因食品が含まれていないことを確認した。					
<input type="checkbox"/> 除去食の調理にあたっては、原因食品の混入がないよう専用の調理器具で調理した。						<input type="checkbox"/> 除去食の調理にあたっては、原因食品の混入がないよう専用の調理器具で調理した。					
<input type="checkbox"/> 除去すべき原因食品を全て除去しているか、接触はないか等を複数で確認した。						<input type="checkbox"/> 除去すべき原因食品を全て除去しているか、接触はないか等を複数で確認した。					
<input type="checkbox"/> 盛り付け時、間違いがないか確認し対応カードを添付した。						<input type="checkbox"/> 盛り付け時、間違いがないか確認し対応カードを添付した。					
<input type="checkbox"/> 保存食を採取した。						<input type="checkbox"/> 保存食を採取した。					
■配膳時						■配膳時					
<input type="checkbox"/> 最終確認者に手渡し、双方で名前や対応内容を確認した。						<input type="checkbox"/> 最終確認者に手渡し、双方で名前や対応内容を確認した。					
	()						()				
■検収時						■検収時					
<input type="checkbox"/> 検収担当者は使用する食材や調味料の原材料表示により原因食品が含まれていないことを複数で確認した。						<input type="checkbox"/> 検収担当者は使用する食材や調味料の原材料表示により原因食品が含まれていないことを複数で確認した。					
■調理・盛り付け時						■調理・盛り付け時					
<input type="checkbox"/> 事前に調理担当者 () を決め、調理作業工程表及び動線図どおり作業した。						<input type="checkbox"/> 事前に調理担当者 () を決め、調理作業工程表及び動線図どおり作業した。					
<input type="checkbox"/> 加工食品等は再度、使用前に原因食品が含まれていないことを確認した。						<input type="checkbox"/> 加工食品等は再度、使用前に原因食品が含まれていないことを確認した。					
<input type="checkbox"/> 除去食の調理にあたっては、原因食品の混入がないよう専用の調理器具で調理した。						<input type="checkbox"/> 除去食の調理にあたっては、原因食品の混入がないよう専用の調理器具で調理した。					
<input type="checkbox"/> 除去すべき原因食品を全て除去しているか、接触はないか等を複数で確認した。						<input type="checkbox"/> 除去すべき原因食品を全て除去しているか、接触はないか等を複数で確認した。					
<input type="checkbox"/> 盛り付け時、間違いがないか確認し対応カードを添付した。						<input type="checkbox"/> 盛り付け時、間違いがないか確認し対応カードを添付した。					
<input type="checkbox"/> 保存食を採取した。						<input type="checkbox"/> 保存食を採取した。					
■配膳時						■配膳時					
<input type="checkbox"/> 最終確認者に手渡し、双方で名前や対応内容を確認した。						<input type="checkbox"/> 最終確認者に手渡し、双方で名前や対応内容を確認した。					
	()						()				
■検収時						■検収時					
<input type="checkbox"/> 検収担当者は使用する食材や調味料の原材料表示により原因食品が含まれていないことを複数で確認した。						<input type="checkbox"/> 検収担当者は使用する食材や調味料の原材料表示により原因食品が含まれていないことを複数で確認した。					
■調理・盛り付け時						■調理・盛り付け時					
<input type="checkbox"/> 事前に調理担当者 () を決め、調理作業工程表及び動線図どおり作業した。						<input type="checkbox"/> 事前に調理担当者 () を決め、調理作業工程表及び動線図どおり作業した。					
<input type="checkbox"/> 加工食品等は再度、使用前に原因食品が含まれていないことを確認した。						<input type="checkbox"/> 加工食品等は再度、使用前に原因食品が含まれていないことを確認した。					
<input type="checkbox"/> 除去食の調理にあたっては、原因食品の混入がないよう専用の調理器具で調理した。						<input type="checkbox"/> 除去食の調理にあたっては、原因食品の混入がないよう専用の調理器具で調理した。					
<input type="checkbox"/> 除去すべき原因食品を全て除去しているか、接触はないか等を複数で確認した。						<input type="checkbox"/> 除去すべき原因食品を全て除去しているか、接触はないか等を複数で確認した。					
<input type="checkbox"/> 盛り付け時、間違いがないか確認し対応カードを添付した。						<input type="checkbox"/> 盛り付け時、間違いがないか確認し対応カードを添付した。					
<input type="checkbox"/> 保存食を採取した。						<input type="checkbox"/> 保存食を採取した。					
■配膳時						■配膳時					
<input type="checkbox"/> 最終確認者に手渡し、双方で名前や対応内容を確認した。						<input type="checkbox"/> 最終確認者に手渡し、双方で名前や対応内容を確認した。					

移動教室施設におけるアレルギー等対応連絡票

年 月 日

- 1 使用施設 _____
- 2 使用予定期間 _____ 年 月 日～ _____ 年 月 日 _____
- 3 学校名 _____ 学校 担任氏名 _____
- 4 対象児童 _____ 年 組 氏 名 _____
- 5 医師の診断内容等 _____
- _____
- _____
- _____

6 学校給食及び家庭における食物除去の程度 (該当に○)

食品名、調理形態等		飲食して症状が出たことがある	飲食したことがない
鶏卵類	1 生卵・半熟卵・マヨネーズ・タルタルソース		
	2 熱を加えた卵料理 (ゆで卵や卵焼き等)		
	3 卵を使用した加工品 (パン、ケーキ、菓子等)		
	4 ごく微量の卵		
牛乳類	1 牛乳・ヨーグルト・チーズ		
	2 乳製品を使用した加工品 (シチュー、ホットケーキ、パン、菓子等)		
	3 ごく微量の牛乳及び乳製品		
小麦	1 小麦粉製品 (パン、うどん、スパゲッティ等)		
	2 小麦粉を使用した加工品 (シチューやカレー)		
	3 ごく微量の小麦粉 (しょうゆ等、麦を使用した調味料等)		
大豆	1 大豆及び大豆製品 (納豆、豆腐、豆乳、油揚げ、きな粉等)		
	2 大豆を使用した調味料 (しょうゆ、味噌等)		
甲殻類 (えび・かに等)			
魚卵			
魚 ()			
貝類 ()			
ピーナッツ			
木の実等			
ごま			
米			
そば			
果物類 ()			
野菜類 ()			
肉類 ()			
その他 ()			
[備考欄]			

*この様式は、伊豆高原学園・休養村とうぶを除く施設に宿泊する場合に使用する。

大田区立伊豆高原学園移動教室における

年度 アレルギー等対応連絡票

提出先	学校 ⇒ 学務課 学校 ⇒ 学園
期限	利用 21 日前

年 月 日

使用予定期間 年 月 日 ~ 年 月 日

小学校 担任氏名

対象児童 年 組 氏名

医師の診断内容等 エピペンの有・無

学校給食及びご家庭におけるアレルギー対応、調理の詳細をお伺いしたい為、ご記入お願いいたします。

(該当に○)

	食品名・調理形態等	飲食不可
鶏卵類	1 卵を使用した低温加熱の加工品 (マヨネーズ・ポテトサラダ等)	
	2 卵料理そのもの (加熱処理したもの)	
	3 つなぎや加工食品・調味料等、微量の卵を含むもの	
	4 卵を含んだ食品と同じ揚げ油を使用した食品や料理	
牛乳類	1 飲用牛乳	
	2 乳製品そのもの (ヤクルト・ヨーグルト・チーズ等)	
	3 つなぎや加工食品・調味料等、微量の乳を含むもの	
	4 乳製品を含んだ食品と同じ揚げ油を使用した食品や料理	
小麦	1 小麦粉製品 (パン・うどん・マカロニ等)	
	2 小麦粉を使用した加工品 (カレー等)	
	3 ごく微量の小麦粉製品 (しょうゆ等、麦を使用した調味料)	
大豆	1 大豆及び大豆製品 (豆腐・油揚げ等)	
	2 大豆を使用した調味料 (しょうゆ、味噌、大豆油等)	
甲殻類	1 えびそのもの・かにそのもの	
	2 えびエキス・かにエキス	
	3 えび・かにを含んだ食品と同じ揚げ油を使用した食品や料理	
	4 えび、かにを捕食している原材料の使用 (さけ、さば、あじ等の海産物)	
いか	たこ	
魚卵		
海藻	(カッタわかめ・ひじき・海苔等)	
魚	1 魚 (種類)	
	2 上記の魚エキス・だし	
貝	1 貝 (種類)	
	2 上記の貝エキス・だし	
ピーナッツ		
木の実 (種類)	
ごま		
米		
そば		
果物	1 果物 (種類)	
	2 果物を使用した加工品 (ゼリー、ジュース等)	
	3 調味料に含まれる果物 (ケチャップ、ドレッシング、ソース、マヨネーズ等)	
野菜	1 野菜 (種類)	
	2 調味料に含まれる野菜 (ドレッシング、ソース、ケチャップ等)	
肉	1 肉 (牛肉 ・ 豚肉 ・ 鶏肉)	
	2 上記の肉エキス・だし	
その他		
【備考欄】		

※今回の移動教室でアレルギーの対応が必要ない場合は、その旨を備考欄にご記入ください。

コンタミネーションについてお伺いいたします。どちらかに○をつけてお答えください。

ごく微量の混入「コンタミネーション」によるアレルギー症状を引き起こす可能性について (あり・なし)

_____年____月____日

保 護 者 様

大田区教育委員会
学 校 長

食物アレルギー対応申し出についてのお願い

～大田区立中学校進学後の学校給食を安全・安心に進めるために～

日頃より、学校給食の運営にご理解・ご協力をいただきありがとうございます。

さて、中学進学後の学校給食を安全・安心に進めるために、現在、除去食対応をされている現6年生の保護者から進学先の区立中学校に、「小学校において学校給食で食物アレルギー対応（除去食）を行っている」旨のご連絡をお願いします。

ご多忙のところ恐れ入りますが、どうぞよろしく願いいたします。

注意事項とお願い

- 1 ご連絡をいただいたのち、中学校にて面談等を行い協議のうえ、食物アレルギー対応を決定します。
- 2 学校での配慮が必要とされ、対応することとなった場合には、毎年「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」をご提出いただきます。なお、医療機関では文書料（診断書料等）がかかりますので、予めご了承ください。
- 3 安全・安心な学校給食を提供するために、「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」、「緊急時個別対応カード」「食物アレルギー面談票兼個別取組みプラン」をご提出いただいたのち、対応いたしますので書類提出にご協力ください。

決 裁： 年 月 日					
係 員	栄養担当 係 長	保健給食 係 長	学務課長	教育総務 部 長	教育長

様式第 16 号

_____年度 食物アレルギー事故等発生状況報告（学校給食時）

年 月分の食物アレルギー事故発生状況をご報告します。

	発生日	原 因	対 応	備 考
月				