

- ・様式 1-1 「学校における食物アレルギーに関する調査票」の提出について（小学校入学時）
- ・様式 1-1 「学校における食物アレルギーに関する調査票」の提出について（中学校入学時）
- ・様式 1-1 「学校における食物アレルギーに関する調査票」の提出について（転入時）
- ・様式 1-1 「学校における食物アレルギーに関する調査票」の提出について（幼稚園入園時）
- ・様式 1-2 学校における食物アレルギーに関する調査票（保護者記入用）
- ・様式 1-2 幼稚園における食物アレルギーに関する調査票（保護者記入用）
- ・様式 2-1 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）の提出について
- ・様式 2-2 学校生活管理指導表
- ・様式 3 家庭における除去の程度一覧表 R7 変更
- ・様式 4 上越市の学校給食における食物アレルギー対応について R7 追加
- ・様式 5-1 保護者面談チェックリスト R7 変更
- ・様式 5-2 食物アレルギー等対応保護者面談記録票
- ・様式 6-表 個別対応計画（記入例あり） R7 変更
- ・様式 6-裏 個別対応計画（緊急時） R7 変更
- ・様式 7 上越市食物アレルギー緊急時対応マニュアル R7 追加
- ・様式 8 緊急時対応経過記録表（記入例あり） R7 追加
- ・様式 9 校内取組プラン（例） R7 手引き本文から移動、一部変更
- ・様式 10 学校における食物アレルギー対応者一覧表 R7 変更
- ・様式 11 学校における食物アレルギー対応のお知らせ
- ・様式 12 アドレナリン自己注射薬（エピペン[®]）所持情報提供書
- ・様式 13 除去解除申請書 R7 変更
- ・様式 14-1 給食室用 食物アレルギー対応のチェックリスト R7 変更
- ・様式 14-2 給食指導教職員用 食物アレルギー対応のチェックリスト R7 追加
- ・様式 15 食に関する活動実施計画（例） R7 追加
- ・様式 16 校外学習実施計画（例） R7 追加
- ・様式 17 学校生活（宿泊等）の活動における食物アレルギー事前調査票（保護者記入）
- ・様式 18 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）の提出について（年度末）
- ・様式 19 学校給食を起因とするアレルギー発症報告書
- ・様式 20 学校給食以外を起因とするアレルギー発症報告書
- ・様式 21 食物アレルギー対応ヒヤリハット報告書
- ・様式 22 食物アレルギー研修実施計画書
- ・様式 23 食物アレルギー研修実施報告書

- ・資料 1 食物アレルギー事故・アナフィラキシー発症時の教育委員会における対応 R7 変更
- ・資料 2 緊急時の対応シミュレーション研修資料 R7 追加
- ・資料 3 嘔吐発作時アクションプラン（消化管アレルギーの対応校用） R7 追加

小学校入学時用

印刷する時は、このテキストを削除してください。

様式 1 - 1

令和 年 月 日

新小学 1 年生保護者 様

上越市教育委員会
上越市立〇〇小学校

「学校における食物アレルギーに関する調査票」の提出について(依頼)

保護者の皆様におかれましては、お子さんの小学校入学を心待ちにしていることと推察いたします。

学校では、食物アレルギーを有するお子さんが、学校生活を安心して送ることができるよう給食の除去食・代替食等の対応や教育活動への配慮等の対応をしています。

この度、お子さんが小学校へ入学するにあたり、食物アレルギーの状況について、正確な情報を収集することを目的に、別紙調査を実施いたします。

お手数ですが、調査票に記入し、〇〇小学校へ提出をお願いいたします。

対応が必要なお子さんについては、入学までに学校から直接連絡させていただき、ご相談させていただきます。

*給食の除去食・代替食について

上越市では、主治医の診断や指示及び「学校生活管理指導票（アレルギー疾患用）」の提出があり、家庭でも除去食等を行っているお子さんに、アレルギーの原因食物を取り除いたり、別の食材に変更したりする給食を提供しています。

記

- 1 調査票 「学校における食物アレルギーに関する調査票」
 *両面にご記入ください。

- 2 提出先 〇〇小学校
 *封筒に入れて提出してください。

- 3 締め切り 令和 年 月 日 ()

中学校入学時用

印刷する時は、このテキストを削除してください。

様式 1 - 1

令和 年 月 日

新中学 1 年生保護者 様

上越市教育委員会
上越市立〇〇中学校

「学校における食物アレルギーに関する調査票」の提出について(依頼)

保護者の皆様におかれましては、お子さんの中学校入学を心待ちにしていることと推察いたします。

学校では、食物アレルギーを有するお子さんが、学校生活を安心して送ることができるよう給食の除去食・代替食等の対応や教育活動への配慮等の対応をしています。

この度、お子さんが中学校へ入学するにあたり、食物アレルギーの状況について、正確な情報を収集することを目的に、別紙調査を実施いたします。

お手数ですが、調査票に記入し、〇〇〇学校へ提出をお願いいたします。

対応が必要なお子さんについては、入学までに学校から直接連絡させていただき、ご相談させていただきます。

***給食の除去食・代替食について**

上越市では、主治医の診断や指示及び「学校生活管理指導票（アレルギー疾患用）」の提出があり、家庭でも除去食等を行っているお子さんに、アレルギーの原因食物を取り除いたり、別の食材に変更したりする給食を提供しています。

記

1 調査票 「学校における食物アレルギーに関する調査票」

＊両面にご記入ください。

2 提出先 〇〇〇学校

＊封筒に入れて提出してください。

3 締め切り 令和 年 月 日 ()

令和 年 月 日

保護者 様

上越市教育委員会
上越市立〇〇学校

「学校における食物アレルギーに関する調査票」の提出について（依頼）

学校では、食物アレルギーを有するお子さんが、学校生活を安心して送ることができるよう給食の除去食・代替食等の対応や教育活動への配慮等の対応をしています。

この度、お子さんが転入するにあたり、食物アレルギーの状況について、正確な情報を収集することを目的に、別紙調査を実施いたします。

お手数ですが、調査票に記入し、学校へ提出をお願いいたします。

対応が必要なお子さんについては、学校から直接連絡させていただき、ご相談させていただきます。

***給食の除去食・代替食について**

上越市では、主治医の診断や指示及び「学校生活管理指導票（アレルギー疾患用）」の提出があり、家庭でも除去食等を行っているお子さんに、アレルギーの原因食物を取り除いたり、別の食材に変更したりする給食を提供しています。

記

- 1 調査票 「学校における食物アレルギーに関する調査票」
 *両面にご記入ください。

- 2 提出先 〇〇学校
 *封筒に入れて提出してください。

- 3 締め切り 令和 年 月 日（ ）

幼稚園入園時用

印刷する時は、このテキストを削除してください。

様式 1 - 1

令和 年 月 日

新幼稚園児保護者 様

上越市教育委員会
上越市立高田幼稚園

「幼稚園における食物アレルギーに関する調査票」の提出について(依頼)

保護者の皆様におかれましては、お子さんの幼稚園入園を心待ちにしていることと推察いたします。

幼稚園では、食物アレルギーを有するお子さんが、園生活を安心して送ることができるよう給食の除去食・代替食等の対応や教育活動への配慮等の対応をしています。

この度、お子さんが幼稚園へ入園するにあたり、食物アレルギーの状況について、正確な情報を収集することを目的に、別紙調査を実施いたします。

お手数ですが、調査票に記入し、高田幼稚園へ提出をお願いいたします。

対応が必要なお子さんについては、入園までに園から直接連絡させていただき、ご相談させていただきます。

*給食の除去食・代替食について

上越市では、主治医の診断や指示及び「学校生活管理指導票（アレルギー疾患用）」の提出があり、家庭でも除去食等を行っているお子さんに、アレルギーの原因食物を取り除いたり、別の食材に変更したりする給食を提供しています。

記

- 1 調査票 「幼稚園における食物アレルギーに関する調査票」

*両面にご記入ください。

- 2 提出先 高田幼稚園

*封筒に入れて提出してください。

- 3 締め切り 令和 年 月 日 ()

＊令和 年 月 日までに〇〇学校へ提出してください。

様式1－2表

学校における食物アレルギーに関する調査票（保護者記入用）

入学予定 学校名		氏名		男・女
保護者氏名		連絡先	日中連絡がとれるTEL番号	
住所				

※該当する□にチェックを入れ、必要事項をご記入ください。

記入年月日 令和 年 月 日

1 食物アレルギーはありますか。

☐ はい ☐ いいえ ⇒ いいえの方は、以下の記入の必要はありません。

2 給食や食物を扱う行事や授業等での食物アレルギー対応（除去食・代替食・献立や食材一覧の連絡など）は必要ですか。

☐ はい ☐ いいえ

3 食物アレルギーの原因食物は何ですか。

食物名：（ ）

4 食物アレルギーの症状はいつ頃からですか。

年齢：（ ）才頃

5 原因食物を摂取後、どのような症状が起こりますか。

食 物 名	具 体 的 症 状	最後の発症年月
		年 月
		年 月
		年 月
		年 月

6 現在、除去している食べ物がありますか。

☐ いいえ ☐ はい（食物名： ）

7 質問6の除去食は、どなたが判断しましたか。

☐ 医師 ☐ 保護者 ☐ その他（ ）

8 過去に除去食を行っていたが、現在は食べられるようになったものがありますか。

☐ いいえ ☐ はい (食物名：)
(いつ頃から：)

9 アレルギー検査を受けたことがありますか。また、その時の検査結果はどうでしたか。

☐ いいえ ☐ はい (検査年月日： 年 月 日)
(陽性の食物：)
(病院名：)

10 運動(汗をかく活動等)で症状を起こしたことはありますか。

☐ いいえ ☐ はい ⇒ ☐ 食事との関連あり ☐ 食事との関連なし

11 アナフィラキシー(呼吸困難・じんましん等)の経験はありますか。

☐ いいえ ☐ はい ⇒ (回数 回 最後の発症年月： 年 月)
原因(食物・昆虫刺傷・医薬品・天然ゴム・運動・その他)
症状(呼吸困難・血圧低下・意識喪失・呼吸停止・その他)

12 現在アレルギー疾患の治療のために使用している薬はありますか。

☐ いいえ ☐ はい ⇒ (薬の名前：)

13 現在エピペン®を処方されていますか。

☐ いいえ ☐ はい ⇒ (エピペン® 本 使用有効期限 年 月 日)

14 主治医より運動や課外活動(部活動等も含む)について指導や助言を受けていることはありますか。

☐ いいえ ☐ はい ⇒ (指導内容：)

15 その他、学校生活全般での要望事項などがありますか。 ☐ はい ☐ いいえ
はいの方は該当事項にご記入ください。

- (1) 給食に関する要望()
- (2) 学校行事(文化祭バザー等)や授業(家庭科等)に関する要望
()
- (3) 宿泊行事等に関する要望()
- (4) その他(学校全般での要望等)

* 学校での個別の対応が必要な場合は、後日、保護者の方と面談をさせていただきます。
* アドレナリン自己注射薬(エピペン®)を処方されている場合は、消防署との申し合わせにより、消防署に情報提供をさせていただきます。ご了承ください。

※令和 年 月 日までに高田幼稚園へ提出してください。

様式1－2表

幼稚園における食物アレルギーに関する調査票（保護者記入用）

氏 名			男 ・ 女
保護者氏名		連絡先	日中連絡がとれるTEL番号

※該当する□にチェックを入れ、必要事項をご記入ください。

記入年月日 令和 年 月 日

1 食物アレルギーはありますか。

☐ はい ☐ いいえ ⇒ いいえの方は、以下の記入の必要はありません。

2 給食や食物を扱う行事や活動等での食物アレルギー対応（除去食・代替食・献立や食材一覧の連絡など）は必要ですか。

☐ はい ☐ いいえ

3 食物アレルギーの原因食物は何ですか。

食物名：（ ）

4 食物アレルギーの症状はいつ頃からですか。

年齢：（ ）才頃

5 原因食物を摂取後、どのような症状が起こりますか。

食 物 名	具 体 的 症 状	最後の発症年月
		年 月
		年 月
		年 月
		年 月
		年 月

6 現在、除去している食べ物がありますか。

☐ いいえ ☐ はい（食物名： ）

7 質問6の除去食は、どなたが判断しましたか。

☐ 医師 ☐ 保護者 ☐ その他（ ）

8 過去に除去食を行っていたが、現在は食べられるようになったものがありますか。

☐ いいえ ☐ はい (食物名：)
(いつ頃から：)

9 アレルギー検査を受けたことがありますか。また、その時の検査結果はどうでしたか。

☐ いいえ ☐ はい (検査年月：)
(陽性の食物：)
(病院名：)

10 運動(汗をかく活動等)で症状を起こしたことはありますか。

☐ いいえ ☐ はい ⇒ ☐ 食事との関連あり ☐ 食事との関連なし

11 アナフィラキシー(呼吸困難・じんましん等)の経験はありますか。

☐ いいえ ☐ はい ⇒ (回数 回 最後の発症年月： 年 月)
原因(食物・昆虫刺傷・医薬品・天然ゴム・運動・その他)
症状(呼吸困難・血圧低下・意識喪失・呼吸停止・その他)

12 現在アレルギー疾患の治療のために使用している薬はありますか。

☐ いいえ ☐ はい ⇒ (薬の名前：)

13 現在エピペン®を処方されていますか。

☐ いいえ ☐ はい ⇒ (エピペン® 本 使用有効期限 年 月 日)

14 主治医より運動等について指導や助言を受けていることはありますか。

☐ いいえ ☐ はい ⇒ (指導内容：)

15 その他、園生活全般での要望事項などがありますか。 ☐ はい ☐ いいえ
はいの方は該当事項にご記入ください。

- (1) 給食に関する要望 ()
(2) 行事(文化祭バザー等)や食べ物を扱う活動等に関する要望
()
(3) その他(園全般での要望等)

*園での個別の対応が必要な場合は、後日、保護者の方と面談をさせていただきます。
*アドレナリン自己注射薬(エピペン®)を処方されている場合は、消防署との申し合わせにより、消防署に情報提供をさせていただきます。ご了承ください。

令和 年 月 日

保護者各位

上越市教育委員会

上越市立〇〇〇学校

校長

学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)の提出について(依頼)

上越市では、アレルギー疾患のある児童生徒が、安全で安心な学校生活を送るために、詳しい情報を把握することとしています。

そのため、「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」を提出していただき、保護者と情報を共有し、学校生活に生かすための資料といたします。

なお、アレルギー疾患があり、学校での^{*}特別な配慮や対応が必要なお子さんについては、年に一度はかかりつけ医療機関を受診し、主治医より記入をしていただくことを原則としておりますので、ご協力をお願いいたします。

*特別な配慮や対応とは

- ・給食等での除去食や代替食が必要な場合
- ・食べたり、触ったりするとアレルギー症状を起こす場合
- ・生活規制や運動制限がある場合 など

除去食・代替食

上越市では、主治医の診断や指示及び「学校生活管理指導票(アレルギー疾患用)」の提出があり、家庭でも除去食等を行っているお子さんに、アレルギーの原因食物を取り除いたり、別の食材に変更したりする給食を提供しています。

記

- 1 提出様式 学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)
- 2 提出期限 令和 年 月 日 ()
- 3 提出先

*不明な点は、学校の担当者〇〇までご連絡ください。

表 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

名前

組年 生田 氏年 (女) (町)

田子點

※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					
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・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 鶏卵 牛乳・乳製品 小麦 ソバ ピーナッツ 甲殻類 木の果実類 果物類 魚類 肉類 その他1 その他2 「除去根拠」該当するものを全てを（ ）内に記載 ① 明らか症状の既往 ② 食物経口負荷試験陽性 ③ IgE抗体検査結果陽性 ④ 未摂取 （ ）に具体的な食品名を記載 すべて・エビ・カニ すべて・クルミ・カシュー・アーモンド D 緊急時に備えた処方薬 1. 内服薬（折ヒスタミン薬、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（ ）					
学校生活上の留意点 A 給食 1. 管理不要 2. 管理必要 B 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要 C 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要 D 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 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※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：卵黄カルシウム 牛乳：乳糖・乳清焼成カルシウム 小麦：醤油・酢・味噌 大豆：大豆油・醤油・味噌 ゴマ：ゴマ油 魚類：かつおだし・いりこだし・魚醤 肉類：エキス F 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：					
緊急時連絡先					
記載日 年 月 日 医師名 医療機関名					

病型・治療					
A 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良 B-1 長期管理薬（吸入） ステロイド吸入薬 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 その他 薬剤名 投与量／日 () () () () () () B-2 長期管理薬（内服） ロイコトリエン受容体拮抗薬 その他 薬剤名 () () B-3 長期管理薬（注射） 生物学的製剤 薬剤名 () C 発作時の対応 ベータ刺激薬吸入 ベータ刺激薬内服 薬剤名 投与量／日 () () () () () ()					
学校生活上の留意点 A 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要 B 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 C 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 D 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：					
緊急時連絡先					
記載日 年 月 日 医師名 医療機関名					

集

名前 (男・女) 年 月 日生 年 月 日 出生地

日 月 年 日 丑 癸

病型・治療		学校生活上の留意点		記載日		
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：面癩に関わらず、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、発腫主体の病変 *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 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 [] B-3 常用する注射薬 1. 生物学的製剤	A フール指導及び長時間の紫外線下での活動 1. 管理不要 2. 管理必要 B 動物との接触 1. 管理不要 2. 管理必要 C 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要 D その他の配慮・管理事項(自由記述)	医師名 医療機関名			
病型・治療		学校生活上の留意点		記載日		
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 フール指導 1. 管理不要 2. 管理必要 B 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 C その他の配慮・管理事項（自由記載）	医師名 医療機関名			
病型・治療		学校生活上の留意点		記載日		
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)	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. 鼻噴霧ステロイド薬 3. 舌下免疫療法（ダニ・スギ） 4. その他（ ）	A 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 B その他の配慮・管理事項（自由記載）	医師名 医療機関名			

保護者氏名

家庭における除去の程度一覧表

チェック欄に、食べられるものは○ 食べられないものは×を記入してください。

■卵・卵製品		チェック欄	果物類	チェック欄	魚介類	チェック欄	種実類・木の実類	チェック欄
生卵、生の卵白が含まれる食品			メロン		★サバ		★アーモンド	
生の卵黄が含まれる食品(アイスクリーム、マヨネーズなど)			スイカ		★サケ		■クルミ	
加熱した卵料理 (目玉焼き、ゆで卵、卵焼き、オムレツなど)			パイナップル		アジ・イワシ・サンマ		■ピーナッツ (落花生)	
加熱した卵白が相当量含まれる食品(プリン、茶碗蒸し、卵スープなど)			★オレンジ		シシャモ・メギス・シラス干し		★カシューナッツ	
加熱した卵が含まれる食品 (ケーキ、クッキー、カステラ、菓子パン、フライの衣など)			★キウイフルーツ		ツナ		★マカダミアナッツ	
つなぎに卵が含まれる食品 (かまぼこ、ちくわ、ハム、ソーセージ、中華めんなど)			★バナナ		その他魚 ()		クリ	
全卵を極めて微量に含む食品(一部の食パン、天ぷら粉、麺類のつなぎなど)			★モモ		■エビ		★ゴマ	
ふりかけ (たまごふりかけ)			★リンゴ		オキアミ		ゴマ油	
うずらの卵			その他 ()		■カニ		その他 ()	
その他 ()			◎コンタミ程度		★イカ		◎コンタミ程度	
卵殻カルシウム					アサリ			
◎コンタミ程度					ホタテ		★豆・豆製品	
■乳・乳製品					かまぼこ・なると・はんぺん等		大豆・枝豆・おから	
牛乳 (非加熱：飲用)、牛乳を主原料とした食品(牛乳・調整粉乳・練乳など)					オイスターソース (かき油)		納豆・きなこまたその加工品	
生の牛乳を用いた食品(生クリーム、アイスクリームなど)					魚卵 (ししゃも・たらこふりかけ等)		豆腐・厚揚げ・油揚げ・豆乳	
チーズ・ヨーグルト・バターやこれらを含んだ食品					魚介だし・魚醤		大豆油・サラダ油・天ぷら油	
牛乳が相当量含まれる食品 (プリン・ババロア・シチューなど)					その他 ()		豆類 (小豆・もやし・いんげん豆・グリーンピースなど)	
牛乳を多く含むお菓子(ケーキ・チョコレートなど)					◎コンタミ程度		大豆油・味噌・しょうゆ	
つなぎにカゼインを含んだ食品 (一部のハム・ソーセージなど)							その他 ()	
マーガリン・ショートニングなど			肉類		■印の食品他2種類		◎コンタミ程度	
加熱された牛乳やバターが少量含まれる食品(食パン・クッキーなど)			★牛肉		■小麦を主成分とした食品 (パン・うどん・麩・パスタ・ケーキなど)		★印の食品他4種類	
生クリーム (加熱：ジャム・パティシ等)			★豚肉		小麦を少量使用した食品 (肉・練り製品のつなぎ・カレーウ・フライの衣など)		★アワビ	
カレー、シチューのルウ			★鶏肉		麦を少量使用 (麦ごはん、麦みそなど)		★イクラ	
乳糖、乳清、焼成カルシウム			肉・骨などを使用したスープ		みそ・しょうゆ・酢		★ヤマイモ	
乳酸菌飲料 (ヨーグ・ヤルト)			肉エキス		■そば		★ゼラチン	
その他 ()			◎コンタミ程度		◎コンタミ程度			
◎コンタミ程度			その他 ()					
◎コンタミ程度：原材料として使用していないが、アレルギー物質が微量混入しているもの								

■ 併当対応の考慮対象

■：省令で表示を定められた8品目 ★：通知で表示が望ましい20品目

上越市の学校給食における食物アレルギー対応について

上越市教育委員会

上越市立学校では、食物アレルギーのある児童生徒に対して市内統一の方針及び指示を基に、学校の状況に応じた給食の対応を行っています。なお、給食以外でも食物の摂取や摂食の機会がありますので、食物アレルギーがある場合は、必ず学校にお申し出ください。学校の状況によって、全てのご要望にお応えできない場合もありますので、あらかじめご了承ください。

【食物アレルギー対応の大原則】学校給食における食物アレルギー対応指針（文部科学省）より

- 食物アレルギーを有する児童生徒にも、給食を提供する。そのためにも安全性を最優先とする。
- 食物アレルギー対応委員会等により組織的に行う。
- 「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」に基づき、医師の診断による「学校生活管理指導表」の提出を必須とする。
- 安全性確保のため、原因食物の完全除去対応（提供するかしないか）を原則とする。
- 学校及び調理場の施設設備、人員等を鑑み無理な（過度に複雑な）対応は行わない。

【上越市の食物アレルギー対応】

1 食物アレルギー対応基準

- ① 「学校のアレルギー疾患に関する取り組みガイドライン」（日本学校保健会）に基づき、年1回、医師の診断による「学校生活管理指導表」の提出があること。
- ② 家庭でも原因食物の除去を行うなどの除去食療法を行っていること。

2 食物アレルギー対応に係る必要書類の提出

学校での配慮が必要な場合は、必ず以下の書類を学校へ提出してください。

- ① 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）・・・医師が記入するもの。毎年提出が必要です。
- ② 家庭における除去の程度一覧表・・・保護者が記入するもの。

3 対応の決定

提出していただいた2 ①②の書類を基に関係職員との面談を実施し、校内アレルギー対応委員会で対応について協議、決定します。その後、決定内容について「学校給食における食物アレルギー対応のお知らせ」にて通知します。

4 給食での対応

(1) 毎月の給食献立の実施に向けて

①食物アレルギー対応の確認同意書（学校保存用・家庭保存用）、②詳細な献立表、③（必要に応じて）加工食品の配合成分表を配布させていただきます。学校では、主に栄養教職員及び調理員が確認をしておりますが、念のためご家庭でも原因食物の有無について再度の確認をお願いいたします。

(2) 家庭での確認

食物アレルギー対応については、ご家庭でも児童生徒と対応内容の確認や児童生徒への注意喚起を行ってくださいますようお願いいたします。給食時は、食物アレルギー対応カードを食器に貼って提供し、担任と児童生徒で食物アレルギー対応献立表と照合して対応内容の確認をします。

(3) 学校給食で提供しない食品

学校給食では「そば」「落花生（ピーナッツ）」「一部の種実類（アーモンド、カシューナッツ、くるみ、ピスタチオ、ブラジルナッツ、ヘーゼルナッツ、ペカンナッツ、マカダミアナッツ、ココナッツ）」「キウイフルーツ」「生卵」「生魚介類」「生魚卵」を提供しません。また、「原因食物を除去しやすい献立とすること」「種実類、一部の果物など、新規発症を起こしやすい食物の使用に配慮すること」「作業動線・工程に配慮した献立とすること」を献立作成の考え方の基本とします。

(4) 完全除去の考え方

学校給食では、アレルギー対応の単純化を図るため、アレルギー原因食物を全て除いた給食（除去食）を提供する**完全除去を基本とする対応**を導入しています。ただし、**鶏卵、果物・野菜、一部の調味料、コンタミネーション（微量混入）**対応については、**加熱・非加熱や対象者の症状等によって対応が異なるため、例外**としています（※下表を参照）。その他の食物については、管理指導表に一部除去と記載がある場合及び自宅で少量食べている場合も全て除去します。

(5) 原因食物の異なる児童生徒が複数いる場合の対応

調理室内や教室での事故を防ぐため、それぞれの児童生徒の原因食物に対応した除去食を調理するのではなく、該当する原因食物を全て除去した**1種類の除去食**を提供します。

(6) 教室での配膳（専用トレイ・食器の使用、配膳の配慮）

食物アレルギー対応が必要な児童生徒については、**市内統一の異なる色のトレイ・食器（グリーン）**を使用します（通常食のトレイ・食器はピンク）。グリーントレイ・食器対応の児童生徒については、**除去食・代替食対応がある日はおかわりをしない対応**となります。なお、教室では一番初めに配膳し、量は配膳の段階で配慮します。

(7) 家庭からの弁当や代替品の持参

学校で除去食対応が困難な場合、家庭から弁当や代替品を持参していただく場合があります。その際は、原因食物の含まれていないものをご持参ください。

(8) 除去が不要になった場合の対応

解除申請が必要となりますので学校にご連絡ください。

※(4)の例外：鶏卵、果物、野菜、調味料、コンタミネーション対応について

項目	内容	
鶏卵の取扱い	鶏卵は加熱によりアレルゲン性が低下することから、対象者の症状等に合わせ次のとおりとする。 加熱卵・マヨネーズ等は摂取可だが、生卵のみ摂取不可⇒ 除去不要 *給食では生卵の提供はなく、加熱時の中心温度は75度以上のため	
果物・野菜の 取扱い ※注意点	口腔アレルギー症候群の場合、加熱したもの（一部加工品を含む）はアレルゲン性が低下し摂取可能であることが多いため、加熱したもの（給食調理のほか、缶詰・レトルト・市販ジャムの一部加工品）が摂取可能な場合に限り、一律に完全除去するのではなく症状に合わせた対応を行う。例(トマト)：加熱したものが摂取可能⇒トマトケチャップの除去不要 ※口腔アレルギー症候群の診断を受けておらず、加熱・加工品で症状が出る場合や口腔内だけでなく全身症状がある場合は、従来どおり完全除去とする。	
調味料等の 取扱い	下記の調味料・だし・添加物等は、食物アレルギーの原因食物に関連するものであっても症状誘発の原因となりにくく、基本的に除去する必要がない。これらについて対応が必要な児童生徒は当該原因食物に対する重篤なアレルギーがあることを意味するため、安全な給食提供が困難な場合には、弁当対応を考慮する。	
	原因食物	除去する必要のない調味料・だし・添加物等
	鶏卵	卵殻カルシウム
	牛乳	乳糖・乳清焼成カルシウム
	小麦	しょうゆ・酢・みそ
	大豆	大豆油・しょうゆ・みそ
	ゴマ	ゴマ油
	魚類	かつおだし・いりこだし・魚しょう
	肉類	エキス
コンタミネーション対応	給食は、限られた調理スペースと決められた時間内で、衛生管理に注意し大量の調理を行うため、調理工程及び洗浄の際に意図せず原因食物が混入する可能性がある。また、食品加工工場等の製造工程で、微量混入の可能性も考えられるため、基本的にコンタミネーションには対応しない。対応を要する場合は、重篤なアレルギーを意味するため、弁当対応を考慮する。	

5 その他

不明な点は各学校にお問い合わせください。

なお、食物アレルギー以外の理由のものについては、原則として、上記の対応はできません。

保護者面談チェックリスト

〇〇〇学校 年 組 氏名

面談年月日 令和 年 月 日 記入者

項目及び確認内容			確認
学校生活管理指導表	食物アレルギー	あり・なしが記載されているか。 ありの場合 病型・治療 A 食物アレルギー病型に記載があるか。	
	アナフィラキシー	あり・なしが記載されているか。 ありの場合 病型・治療 B アナフィラキシー病型に記載があるか。	
	病型・治療	C 原因食物・診断根拠	
		①原因食物に○があるか。	
		②食品群 ・食品群（１）の場合 鶏卵含む加工品（マヨネーズ・アイスクリーム）が食べられるか？ → 喫食可能の場合は通常食、喫食不可の場合はアレルギー対応食 ・食品群（６～１２）の場合 具体的な食品名の記載があるか。 ・食品群（３）の場合 大麦などその他の麦について確認 ・食品群（８、１１、１２）で野菜・果物の場合 食物アレルギー病型が口腔アレルギー症候群、かつ、症状が口腔内症状のみ、かつ、加熱すれば喫食可能か？ → ○の場合：通常食、×の場合：アレルギー対応食	
		③除去根拠が書いてあるか？ 根拠が既往のみの場合、鶏卵、牛乳、小麦、大豆は、年齢により耐性化することがある。２年以上経過している場合は、医師の指示の下、負荷試験等により食べられるようになっているかの確認を勧める。	
		④除去根拠となった既往・検査の年月を確認し、面談記録に記載 既往・検査から年月が大きく経過している場合、再検査等を勧める。	
		D 緊急時に備えた処方薬	
		①内服薬の有無の確認	
		②エピペン®処方ありの場合は、使用経験の有無の確認	
		③エピペン®使用経験ありの場合は、使用した時期の確認	
		学校生活上の留意点	A 給食
	B 食物・食材を扱う授業・活動		
	C 運動（体育・部活動等）		
D 宿泊を伴う校外活動			

項目及び確認内容		確認
学校生活上の 留意点	E その他の配慮・管理事項（自由記述）	
	①分量による部分解除は行わない事の説明	
	②コンタミネーションの確認 給食では対応できないと説明 対応を要する場合は弁当対応検討	
	※A～Dで「1 管理不要」以外に○が付いている場合や指示事項がある場合は、個別対応計画に具体的な内容を記入	
不備がある場合は、医師に追記をしていただくよう依頼		
保護者の同意欄に署名があるか確認		
学校給食におけるアレルギー対応について	①給食での対応についての説明 給食室・給食センターの現状を説明	
	②原則完全除去食であることを説明	
	③1つの料理で1つの除去食となる、原因食物以外も除去して作る場合があることを説明	
	④家庭からの弁当持参をお願いする場合もあることを説明	
	⑤おかわりについての説明	
	⑥初めて食べる食品（未摂取の食品）が給食で使用される場合は、医師に相談の上、事前に喫食して、症状が出ないことを確認してほしい旨のお願い	
	⑦アレルギー対応食のトレイ・食器は、グリーンとなることを説明（通常食はピンク）	
	⑧給食費の返金について説明	
	⑨飲用牛乳の除去について説明	
	⑩アレルギー対応献立表の確認についてのお願い	
	⑪登校前に、アレルギー対応について児童・生徒と内容の確認をお願い	
	⑫除去が不要になった場合は、除去解除申請書の提出をお願い	
その他	家庭における除去の程度一覧表 学校生活管理指導表との整合性や家庭での状況を確認 ※特に、弁当の考慮対象となる食品欄に○がある場合は再確認	
	食物アレルギーに関する調査票 学校生活管理指導表との整合性があるか確認	
	原因食物摂取後の症状について確認	
	「その他、学校生活全般での要望事項」があるか確認	
エピペン®が処方されている場合は、消防機関への情報提供について同意をお願い		
管理指導表の追記等：今後、原因食物の追加や新たにエピペン®が処方された場合は、医師にその旨を管理指導表に記載してもらい、再提出をお願いする旨を伝える。		
管理指導表の更新：症状等に変化が無い場合であっても、1年に1回は医療機関を受診し、管理指導表の更新が必要なことを伝える。		
提出された書類に、他の疾患について記載されている場合は、内容を確認		

食物アレルギー対応保護者面談記録票

上越市立〇〇学校

面談年月日 令和 年 月 日

記入者

児童・生徒氏名	年 組 氏名	男・女
学校生活管理指導表の提出	あり なし	※どちらかに○印を付ける。
アレルギー対応が必要な食物の種類		
検査年月 検査医療機関名	検査年月 年 月 検査医療機関名：	
給食調理室での対応	詳細な献立表の連絡方法	
	食物アレルギー対応確認表の連絡方法	
	献立変更時の連絡方法	
	弁当の保管方法	
	その他	
教室での対応（給食当番、白衣等）		
食物を扱う授業・活動での対応		
運動（体育・部活動）での対応		
校外活動（遠足・職場体験・宿泊等を含む）での対応		
かかりつけ医療機関と連絡先等	医療機関名：	
	電話番号：	
面談対応者	(学校関係者)	(給食センター職員)
その他特記事項 (内服・エピペンの使用等)		

■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全員で共有することに同意します。

保護者署名：

令和 年度 食物アレルギー 個別対応計画(記入例)

様式 6-表

年 組 () 男・女 年 月 日生

1 診断名 食物アレルギー (即時型)・口腔アレルギー・運動誘発型)・アナフィラキシー・喘息・アトピー性皮膚炎
エピペン®の (有)・無)

2 原因食物 (牛乳 鶏卵 そば)

3 症状

牛乳：アナフィラキシーショック

鶏卵：じんましん そば：口の中のかゆみ 口の周りの発赤

4 給食での対応

献立表対応 ・ 除去食対応 ・ 代替食対応 ・ 一部弁当対応 ・ 弁当対応
その他 ()

5 学校生活での配慮事項

教育活動	確認項目	具体的配慮と対応
給食	給食対応	・ 除去食、代替食の提供と一部弁当持参 ・ 配膳と下膳は一番に行う。
	除去・代替する食品や内容	・ 飲用牛乳は家庭より代替食を持参 (朝、児童が職員室へ届け、職員室の冷蔵庫で保管する) ・ 卵、乳は除去食、代替食の提供 ・ そばは給食に出さない。
給食当番	給食当番の実施の可否	・ 給食当番は、牛乳乳製品に関係ないものを担当する。
食物・食材を扱う活動・授業	微量の摂取・接触による発症防止	・ 家庭科・生活科で調理をする場合は、実施計画を作成し、事前に保護者に確認する。 ・ 食品容器を使用する場合は、事前に保護者に確認するとともに、乳・鶏卵・そばが付着しているものでないか確認する。
運動 (体育・部活動など)	運動誘発アナフィラキシー	なし
	食物依存性運動誘発アナフィラキシー	あり ・ 食後の運動禁止 (昼休み・5 限) 5 限の体育不可
宿泊等を伴う 校外活動	食事	・ 食事提供先と十分な検討が必要 ・ おやつは友達と交換しない。 ・ お土産の試食はしない。
	寝具	・ そばがらの枕禁止 (同室全員)
	その他	・ 校外学習時は、本人と引率者がそれぞれエピペン®を持ち歩く。
その他	清掃時など	・ 給食後 2 時間はアレルギー症状の発症に気を付ける。 ・ 学校行事で祝宴等が出る場合は成分を必ず確認する。

6 緊急時の対応

発作時の対応	緊急時の対応手順		◎重篤な食物アレルギーを有するため、アレルゲンの有無にかかわらず、アレルギーを疑う症状があった場合は発症を疑って対応する。 ①発見者は症状チェックシートで症状を確認し、アレルギーの症状を疑う症状があったら、その場を動かさず、助けを呼び、人を集める。 ②エピペン®を持ってきてもらう。(職員室の〇〇の棚の中) ③緊急性が高いアレルギー症状はあるか確認し、1つでもあてはまる場合は直ちにエピペン®を使用する。 ④緊急性が高いアレルギー症状がない場合、保健室へ移動し、安静にして症状チェックシートを使い判断し、対応する。緊急時対応記録表に記録しながら、5分ごとに症状をチェックし対応する。 ⑤触れた可能性がある場合は、触れた場所をよく洗う。 ⑥皮膚症状がある場合は、内服薬を飲ませる。
	処方されている薬	内服薬	薬名 (〇〇〇〇) 管理方法 (ランドセルのポケットの中)
		吸入薬	薬名 (〇〇〇〇) 管理方法 (ランドセルのポケットの中)
		外用薬	薬名 (〇〇〇〇) 管理方法 (ランドセルのポケットの中)
		エピペン®	管理方法：職員室の〇〇の棚の中 ※登下校の対応のため、1本はランドセルに保管

上記の対応内容について、確認しましたので、このとおり対応をお願いします。

なお、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に、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。

令和〇年〇月〇日 保護者署名 _____

<個別対応計画の作成から、情報共有・活用までの流れ>

①面談 ➤ ②個別対応計画作成 ➤ ③保護者の署名 ➤ ④決定した本様式(写)を家庭配布 ➤ ⑤校内における情報共有と活用

令和 年度 食物アレルギー 個別対応計画

様式 6-表

年 組 () 男・女 年 月 日生

1 診断名 食物アレルギー（即時型・口腔アレルギー・運動誘発型）・アナフィラキシー・喘息・アトピー性皮膚炎
エピペン®の（有・無）

2 原因食物 ()

3 症状

4 給食での対応

献立表対応 ・ 除去食対応 ・ 代替食対応 ・ 一部弁当対応 ・ 弁当対応 ・ その他
()

5 学校生活での配慮事項

教育活動	確認項目	具体的配慮と対応
給食	給食対応	
	除去・代替する食品や内容	
給食当番	給食当番の実施の可否	
食物・食材を扱う活動・授業	微量の摂取・接触による発症防止	
運動 (体育・部活動など)	運動誘発アナフィラキシー	
	食物依存性運動誘発アナフィラキシー	
宿泊等を伴う 校外活動	食事	
	寝具	
	その他	
その他	清掃時など	

6 緊急時の対応

発作時の対応	緊急時の対応手順	
	処方されている薬	
		内服薬 薬名 () 管理方法 ()
		吸入薬 薬名 () 管理方法 ()
		外用薬 薬名 () 管理方法 ()
		エピペン® 管理方法 ()

上記の対応内容について、確認しましたので、このとおり対応をお願いします。

なお、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に、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。

令和 年 月 日 保護者署名

7 緊急時計画及び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

⇒様式 8-1 緊急時対応経過記録表に経過を記録する

◎ □ の症状が1つでも当てはまる場合、エピペン®を使用する

◎ 迷ったらエピペン®を使用する

【症状チェックシート】

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	上記の症状が 1つでも当てはまる場合	☐ 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		☐ 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つでも当てはまる場合	1つでも当てはまる場合

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その場で救急車を待つ
 ⑤可能なら内服薬を飲ませる

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つでも当てはまる場合、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

119 救急車をお願いします。

住所は上越市〇〇〇〇〇〇。 上越市立〇〇〇 学校です。

〇才男子が食物アレルギーの症状を起こしています。

エピペン®を携帯しています。(使用の有無) 〇〇医院に連絡しています。

折り返しの連絡先は「氏名 電話番号」です。

かかりつけ医療機関：

主治医：

医師 TEL：

緊急連絡先	電話番号	備考
自宅		
保護者携帯① 続柄()		勤務先等
保護者携帯② 続柄()		勤務先等

上越市 食物アレルギー緊急時対応マニュアル

アレルギー症状がある
(食物の関与が疑われる)

原因食物を食べた
(可能性を含む)

原因食物に触れた
(可能性を含む)

発見者＝観察

- ① 子供から目を離さない、一人にしない
- ② 助けを呼び、人を集める
- ③ エピペン®と内服薬を持ってくるよう指示する

役割分担を
確認し、複数の
教職員で対応



○アレルギー疾患の既往がある場合は、**個別対応計画**を作成して、対応を行う
○エピペン®や内服薬を処方されていない(持参していない)人への対応が必要な場合は、エピペン®の使用、内服薬の服用を飛ばして判断する

呼びかけに反応がなく、
呼吸がなければ **心肺蘇生**



緊急性の高いアレルギー症状があるか？

5分以内に判断する

【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
(ぜん息発作と区別できない場合を含む)

【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

1つでも当てはまる場合

- ① **ただちにエピペン®を使用する**
- ② **救急車を要請(119番通報)**
- ③ **その場で安静にする**

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**

エピペン®が2本以上ある場合

反応がなく
呼吸がない

反応がなく
呼吸がない

安静を保つ体位

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、次のエピペン®を使用する

当てはまらない場合

- 内服薬を預かっている場合は飲ませることを検討
(内服薬を飲ませるタイミングは事前に確認しておく)
- 保健室または、**安静にできる場所へ移動する**
- ↓
- 5分ごとに症状を観察し、**症状チェックシートに従い判断し、対応する**

緊急性の高いアレルギー症状の出現には特に注意する

安静を保つ体位

ぐったり、意識もうろうの場合



仰向けで足を15～30cm高くする

吐き気、おう吐がある場合



おう吐物による窒息を防ぐため
体と顔を横に向ける

呼吸が苦しく仰向けになれない場合



呼吸を楽にするため、上半身を
起こし後ろに寄りかからせる



役割分担

○シミュレーション研修を行い、役割分担を確認しておく

管理・監督者（園長・校長など）

- ☐ 現場に到着次第、リーダーとなる
- ☐ それぞれの役割の確認及び指示
- ☐ エピペン®の使用または介助
- ☐ 心配蘇生や AED の使用

発見者【観察】

- ☐ 子供から離れず観察
- ☐ 助けを呼び、人を集める（大声または、他の子供に呼びに行かせる）
- ☐ 教員・職員 A、B に「準備」「連絡」を依頼
- ☐ 管理者が到着するまでリーダー代行となる
- ☐ エピペン®の使用または介助
- ☐ 薬の内服介助
- ☐ 心肺蘇生や AED の使用

A【準備】

- ☐ 「食物アレルギー緊急時対応マニュアル」「個別対応計画」を持ってくる
- ☐ エピペン®の準備
- ☐ AED の準備
- ☐ 内服薬の準備
- ☐ エピペン®の使用または介助
- ☐ 心配蘇生や AED の使用

B【連絡】

- ☐ 救急車を要請する（119番通報）
- ☐ 管理者を呼ぶ
- ☐ 保護者への連絡
- ☐ 更に人を集める（校内放送等）

C【記録】

- ☐ 時系列で対応を記録する
- ☐ 様式8緊急時対応経過記録表に5分ごとの症状を記録する
- ☐ 観察を開始した時刻
- ☐ エピペン®を使用した時刻
- ☐ 内服薬を飲んだ時刻

D～F【その他】

- ☐ 他の子供への対応
- ☐ 救急車の誘導
- ☐ エピペン®の使用または介助
- ☐ 心配蘇生や AED の使用



エピペン®の使い方

○それぞれの動作を声に出して、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てエピペン®を取り出す

※本人のものであることを声に出して確認

「このエピペン®は、〇〇さんのものです」

「トレーナーではありません」

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

正しい
持ち方



誤った
持ち方



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）を軽くあてた後、「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

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」

使用前

使用后

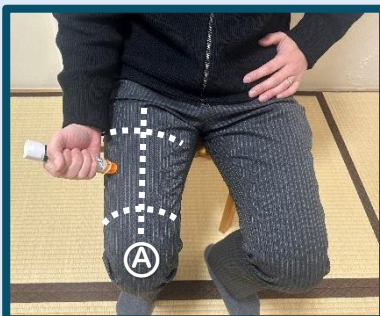


⑥マッサージする

エピペン®を注射した部位を10秒間、マッサージする

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(A)よりやや外側



介助者がいる場合は、太ももの付け根と膝をしっかり押さえ、固定する。





救急要請（119番要請）のポイント

○あわてず、ゆっくり、正確に情報を伝える

①救急であることを伝える	「火事ですか？救急ですか？」 <u>「救急です」</u> 
②救急車に来てほしい住所を伝える	「住所はどこですか？」 <u>「上越市、〇〇、〇丁目、〇番、〇号 上越市立〇〇小学校です」</u>
③いつ、誰が、どうして、現在どのような状態なのかを、わかる範囲で伝える *エピペン [®] や内服薬の処方や、使用状況を伝える	「どうしましたか？」 <u>「〇年生の児童が給食の後、呼吸が 苦しいと言っています エピペン[®]を所持している児童なので、〇時〇分にエピペン[®]を注射しました」</u>
④通報している人の氏名と連絡先を伝える *119番通報後も連絡可能な電話番号を伝える	「あなたの名前と連絡先を教えてください。」 <u>「私の名前は〇〇です 電話番号は、・・・・・・です」</u>

※向かっている救急隊から、その後の状態確認等のため電話がかかってくることもある

- ・通報時に伝えた連絡先の電話は、常につながるようにしておく
- ・必要に応じて、救急隊が到着するまでの応急手当ての方法などを聞く





心肺蘇生と AED の手順

○強く、速く、絶え間ない胸骨圧迫

○救急隊に引き継ぐまで、または子供に普段どおりの呼吸や目的のある仕草が認められるまで心肺蘇生を続ける

①反応の確認

肩をたたいて大声で呼びかける

反応がない

②応援を呼び、通報

119番通報と
AED の手配を頼む



救急車



AED



③呼吸の確認

10秒以内に胸とお腹の動きを見る

普段どおりの呼吸が
あるなら観察を続ける

普段通りの呼吸をしていない
または判断に迷う



④直ちに胸骨圧迫を開始する

- ◎強く(胸の厚さの約1/3)
- ◎速く(100~120回/分)
- ◎絶え間なく(中断を最小限にする)
- ◎圧迫する位置は「胸の真ん中」

【人工呼吸の技術と意思があれば】

胸骨圧迫30回と人工呼吸2回

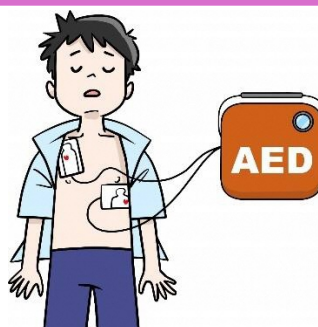
息を吹き込む際

◎約1秒かけて

◎胸の上がりが見える程度

⑤AED の装着

電源ボタンを押す
パッドを貼り、AED の自動解析に従う





症状チェックシート

※E:症状チェックシートは、1ページ目のフローチャートにおいて、緊急時の判断をした後、Eに該当した場合に使用する。

◎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
⇒様式8緊急時対応経過記録表に対応の経過を記録する

◎ の症状が1つでもあてはまる場合、エピペン®を使用する

◎迷ったらエピペン®を使用する

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 ☐ 繰り返して吐き続ける	☐ 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	上記の症状が 1つでも当てはまる場合	☐ 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		☐ 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つでも当てはまる場合	1つでも当てはまる場合

- 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その場で救急車を待つ
- ⑤可能なら内服薬を飲ませる

**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つでも当てはまる場合、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**

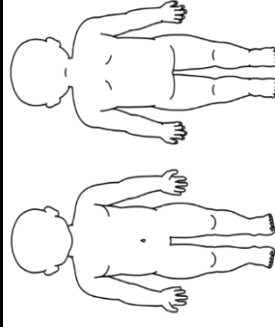
8式樣

☐ 女 ☐ 男

- 赤色の部分から順にチェックする

いつでも当てはまる場合

- 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



ただちに救急車で医療機関へ搬送

【参考例】 令和〇年度食物アレルギー校内取組プラン

令和 年 月 日
〇〇 学校 食物アレルギー対応委員会

Ⅰ 目 的

食物アレルギーを有する児童が健康で安全に学校生活を送ることができるよう、全職員で共通理解し、組織で対応し、円滑に確実に進めていく。

2 食物アレルギー対応児童

全校〇〇名 (〇年〇名 〇年〇名 〇年〇名 〇年〇名 〇年〇名)
うち、エピペン[®]所持者〇名 (アナフィラキシーの原因食物)

3 内 容**(1) 食物アレルギーを有する児童の対応****① 新入生**

ア (小学校) 就学時健康診断、(中学校) 新入生説明会で対象児童を把握し、入学前に個別面談(保護者・管理職・養護教諭・栄養教職員等)を行い、学校生活管理指導表の確認、給食の提供方法、緊急時の対応等について決定する。

イ 給食開始前に保護者・対象児童と学級担任・養護教諭・栄養教諭等で実際の給食の配膳方法等を確認する。(令和 年 月 日)

② 在校生の食物アレルギーを有する児童

年度末に新年度分の「学校生活管理指導表(様式2-2)」の再提出を求め、これを基に個別対応計画を見直し、保護者に再確認してもらう。

③ 学級担任の役割

ア 学級担任は「食物アレルギー対応者一覧」「食物アレルギー個別対応計画」「保健調査票」で対象者を確認する。

イ 給食開始前に学級担任は対象児童生徒と給食の配膳時の手順や留意点、家庭から持参した弁当等の保管方法やエピペン[®]の保管場所を確認する。

(2) 給食の食物アレルギー対応の基本方針

- ① 安全を最優先して給食を提供することを原則とする。従って、個々の対応は「学校生活管理指導表」に基づいて行う。
- ② 給食室の設備及び調理員の配置、食物アレルギー児童数等の現状を踏まえ、安全に給食提供を行うため、除去食、代替食の提供と弁当持参の対応を行う。
- ③ 給食対応ができない児童については、上越市の方針、給食室施設の状況や実情を説明し、弁当持参の対応を家庭に依頼する。
- ④ 除去食提供に当たっては、安全性確保のため、完全除去対応（提供するかしないか二者択一）とする。（少量・半分の提供はしない）

(3) 献立の確認方法

- ① 栄養教職員は、家庭に対して、「家庭との同意書」「詳細な献立表」、その他必要に応じて「加工食品の配合成分表」を配布し、保護者の確認後に家庭との同意書（学校保存用）を返却してもらう。
- ② 栄養教職員は、家庭から提出された献立表に追加・変更がある場合は、修正し学級担任・教務室・保健室に「決定版」として配布する。（変更がある場合、保護者にも「決定版」を配付する。）
- ③ 給食室では必ず、「給食室用食物アレルギー対応のチェックリスト（様式 14-1）」を用いて複数の職員で確認する。

(4) 食物アレルギーを有する児童への給食の提供と確認

【除去食、代替食提供】

- ① 除去食、代替食を提供する際は、食物アレルギー専用の食器に盛り付け、ラップを掛け、「日付・学年・学級・氏名・〇〇さん・〇〇（食品名）抜き」等と明記した食物アレルギー対応カードを付け、学級のワゴンに載せる。
- ② 教室での給食準備時、給食指導教職員用食物アレルギー対応のチェックリスト（様式 14-2）を使用し、誤った対応がないよう給食準備から給食終了までの対応を行う。
※確認場所：〇〇（いつもと異なる職員も対応できるよう記載）
- ③ 除去食、代替食の提供日は教室でおかわりはしない。
- ④ 各学級では必ず、最初に食物アレルギー対応児童の給食を配膳し、対象児童と学級担任が献立表と配膳された給食を見比べて間違いのないことを確認する。
- ⑤ 当日の食物アレルギー対応表一覧は、各教室の学級担任の机の大きな引き出しに保管する。
- ⑥ 学級担任が不在の場合は、必ず他の教職員がこの対応表を確認する。

【弁当持参（一部も含む）】

- ① 弁当が必要な児童は家庭から持参する。
- ② 学級担任は弁当を朝学活前に確認し、教務室の冷蔵庫または冷蔵庫上のかごにて保管する。
- ③ 保管する際は、冷蔵庫壁面のチェック表の対象児童の欄に○印を記入する。弁当は給食準備中に学級担任または本人が教務室に取りに来る。
- ④ 教務室にいる教職員は名前を確認し、チェック表を点検して弁当を渡す。
- ⑤ 児童生徒には冷蔵庫を開けさせない。

(5) 緊急時の対応

- ① 食物アレルギーを有する児童に誤って原因食物が配膳された場合は、直ちに給食を中止し、校長に報告する。（安全確認後、給食再開）
- ② 食物アレルギーを有する児童が誤って原因食物を食べてしまった場合は、直ちに給食を中止し、救急体制をとる。（発見者は、応援の職員を呼び、校長・教頭・養護教諭・栄養教職員等を招集し、対応に当たる）
- ③ 摂取量の多少や症状の有無にかかわらず直ちに対応する。
- ④ 緊急時は「第3章 緊急時の対応」を基に動く。
- ⑤ 養護教諭は直ちに状況把握・健康観察を行い、必要な救急処置を行う。緊急性が高いと判断された場合は、救急車を手配し、医療機関へ搬送する。
※緊急対応を優先した上で、可能であれば主治医にも連絡し、指示を仰ぐ。
- ⑥ 学級担任は家庭へ連絡をとり、直ちに学校あるいは医療機関へ出向いてもらうよう依頼する。
- ⑦ 校長は、全体の状況を把握し対応を指示するとともに、上越市教育委員会へ報告する。（事故報告）

(6) 食物アレルギーを有する児童の給食時以外の教育活動の対応

- ① 食品を扱う場合（家庭科・生活科で調理する、図工・生活科で食品容器を使う等）は、食に関する活動実施計画（様式15）、校外学習実施計画（様式16）を作成し、事前に食物アレルギーを発症する可能性について保護者と連絡をとり対応を確認する。
- ② 校外学習等で弁当を持参する場合、友達とやり取りしない。
- ③ 修学旅行・自然教室等、校外学習先で食事を摂る場合は、献立を予め示し、食事の内容及び、必要に応じて内服薬・エピペンの携帯（例：児童自身のリュック内ポケットに入れて持参する等）について、保護者と対応を打ち合わせる。
- ④ 食事以外で日常生活上、配慮が必要な児童については、個々の支援体制を基に対応する。

(7) 学級での指導

- ① 食物アレルギーについて、発達段階に応じて説明する。食べられない食品があるが、好き嫌いやわがままではないことを理解させる。(差別や偏見・いじめ等の防止)
- ② 給食の準備は、食物アレルギーを有する児童の配膳を一番に行う。学級全員で協力して安全に配膳できるよう学級での体制を整える。
- ③ 食物アレルギーを有する児童と食物のやり取りをしないよう理解させる。
- ④ 食物アレルギーを有する児童が、食後に体調を崩した場合は、直ちに近くの教職員に知らせるよう指導する。
- ⑤ 食物アレルギーについては、発達段階に応じて本人の意識や態度を高めるように指導を継続していく。また、周囲の児童に対しても指導を併せて行う。

(8) 給食費

- ① 完全弁当持参で対応する児童は給食費を徴収しない。
- ② 一部弁当持参のうち、主食、飲用牛乳を喫食しない場合は、その分の給食費を返金する。(医師の診断のある者に限る)
- ③ 該当の保護者に年度当初に丁寧に説明する。
- ④ 教職員の給食は、除去食や代替食は行わないため、給食費は全額徴収する。

(9) 校内食物アレルギー対応委員会の設置及び、職員研修

全教職員が共通理解の下、安全にアレルギー対応ができるよう、校内食物アレルギー対応委員会を設置した上で、以下の研修を実施する。

- ・年度当初に、食物アレルギーを有する児童生徒の状況と、給食提供の方法、緊急時の対応について情報共有する。
- ・每学期初めに、シミュレーション研修を行う。
- ・(エピペン[®]所持する児童生徒が在籍する場合は、) 月1回の〇〇時(例：職員会議)にエピペン[®]練習日を設定する。

令和 年度 学校における食物アレルギー対応者一覧表

学校名:

(令和 年 月 日現在)

	学年	組	氏名	原因(対応)食品	給食対応の有無	対応レベル ※該当する対応に チェックしてください	管理指導表の有無	アナフィラキシーの有無	エピペン®の有無	備考
記入例	1	1	上越 太郎	卵・乳・そば	有	☐ 詳細な献立表対応 ☒ 弁当対応 ☐ 一部弁当 ☒ 完全弁当 ☐ 除去食対応 ☐ 代替食対応	有	有	有	乳とそばでアナフィラキシー
1						☐ 詳細な献立表対応 ☐ 弁当対応 ☐ 一部弁当 ☐ 完全弁当 ☐ 除去食対応 ☐ 代替食対応				
2						☐ 詳細な献立表対応 ☐ 弁当対応 ☐ 一部弁当 ☐ 完全弁当 ☐ 除去食対応 ☐ 代替食対応				
3						☐ 詳細な献立表対応 ☐ 弁当対応 ☐ 一部弁当 ☐ 完全弁当 ☐ 除去食対応 ☐ 代替食対応				
4						☐ 詳細な献立表対応 ☐ 弁当対応 ☐ 一部弁当 ☐ 完全弁当 ☐ 除去食対応 ☐ 代替食対応				
5						☐ 詳細な献立表対応 ☐ 弁当対応 ☐ 一部弁当 ☐ 完全弁当 ☐ 除去食対応 ☐ 代替食対応				
6						☐ 詳細な献立表対応 ☐ 弁当対応 ☐ 一部弁当 ☐ 完全弁当 ☐ 除去食対応 ☐ 代替食対応				
7						☐ 詳細な献立表対応 ☐ 弁当対応 ☐ 一部弁当 ☐ 完全弁当 ☐ 除去食対応 ☐ 代替食対応				
8						☐ 詳細な献立表対応 ☐ 弁当対応 ☐ 一部弁当 ☐ 完全弁当 ☐ 除去食対応 ☐ 代替食対応				
9						☐ 詳細な献立表対応 ☐ 弁当対応 ☐ 一部弁当 ☐ 完全弁当 ☐ 除去食対応 ☐ 代替食対応				
10						☐ 詳細な献立表対応 ☐ 弁当対応 ☐ 一部弁当 ☐ 完全弁当 ☐ 除去食対応 ☐ 代替食対応				

1 この様式は、 月 日()までに教育総務課へ提出してください。

2 年度の途中で新規対応者及び変更等の申し出があった場合は、速やかに教育教務課へ様式を提出してください。

令和 年 月 日

年 組
保 護 者 さん
様上越市立 学校
校長

学校給食における食物アレルギー対応のお知らせ

この度、「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」に基づき、お子さんの給食について下記のとおり対応を行います。

記

1 食物アレルギー原因食物と給食の対応

食物アレルギー原因食物:



給食の対応:

* 学校給食での食物アレルギーの対応は、大量調理の中で実施するため、対応には限界があることをご了承ください。

2 保護者の方へのお願い

- ① 保護者の方がお子さんに食物アレルギー体質であることを十分に理解させてください。
(給食の食べ方、食事制限が必要なこと等)
- ② かかりつけ医療機関の主治医からの指示内容をお子さんの理解度に合わせて分かりやすく説明してください。
- ③ 食物アレルギーのために食べられない給食は、お子さんと一緒に「食物アレルギー対応表」で確認し、何が食べられないかをお子さんへ話してください。
- ④ 毎朝、給食での対応を確認してから登校させてください。
- ⑤ 学校で具合が悪くなった時は、すぐに学級担任等へ申し出るように伝えてください。
- ⑥ 薬を学校へ持参しなければならない場合は、事故のないようにその管理と使用について、十分に学校側へ説明してください。
- ⑦ 医師の診断や指示に変更があった場合は、すぐに担任までご連絡ください。
- ⑧ お子さんの体調や食物アレルギーの状況に変化があった場合は、すぐに担任までご連絡ください。

3 その他

お子さんの食物アレルギーに関して、安全確保のため学校内の教職員等で情報を共有させていただきますことをご了承ください。

< 担当 >

上越市立 学校

給食担当職員

T E L

アドレナリン自己注射薬（エピペン®）所持情報提供書

報告日 令和 年 月 日

1 学校名	上越市立 学校
2 学校住所	
3 電話番号	

4 学年・組	年 組
5 児童生徒名	男・女
6 生年月日	
7 住所	
8 自宅電話番号	
9 エピペン®を 処方した医療 機関名	医療機関名 電話 — —
10 その他参考と なる事項	原因食物名： エピペン®所持状況：

- 1 エピペン®所持児童生徒がいる学校は、毎年4月末日までに学校教育課へ提出してください。
- 2 新規にエピペン®所持の申し出があった場合は、速やかに学校教育課へ提出してください。
- 3 消防本部へは、学校教育課からまとめて報告します。

(注) 保護者が記入します
印刷する時は、このテキストを削除してください。

除去解除申請書

令和 年 月 日

上越市立 学校長 様

年 組

氏名 男・女

今まで学校管理指導表で除去していた（食物名： ）
について、医師の指導の下、これまでに複数回摂取して症状が誘発されてい
ませんので、学校生活における完全解除をお願いします。また、除去解除後に発
症した場合は、新規発症と同様の流れ（診断結果が出るまでの間は面談により
弁当対応となる場合がある）に沿って再度学校が対応内容を検討、決定するこ
とを了承します。

保護者署名

※ 指導を受けた病院名 :

医師名 :

《学校記載欄》

申請書受領日 令和 年 月 日

除去解除開始日 令和 年 月 日

【給食室用】 食物アレルギー対応のチェックリスト

令和 年 月 日 ()

	内 容	点検 (調理員)	再点検 (調理員)	点検 (栄養教職員)
1	食物アレルギー対応者の対応一覧表を確認したか (対応食品：)	☐	☐	☐
2	事前配付の加工品の配合成分表で、使用原材料とアレルギーの有無を確認したか (代替食の加工品も含む)	☐	☐	☐
3	アレルギー対応の調理指示書（日誌等）を確認したか	☐	☐	☐
4	献立日誌の食材や作業工程表・動線図を確認したか (アレルギー対応が記入されているか)	☐	☐	☐
5	納品された加工品に記載された成分表示と事前配付の配合成分表を照合し確認したか	☐	☐	☐
6	除去食、代替食の調理方法について、栄養教職員・調理員が打合せをしたか	☐	☐	☐
7	除去食・代替食を調理したか	☐	☐	☐
8	除去食・代替食の食物アレルギー対応カードを付けたか	☐	☐	☐
9	除去食・代替食の食物アレルギー対応カードの付け間違いはないか	☐	☐	☐
10	除去食・代替食を間違いなく配食（配送）したか	☐	☐	☐
11	検食時（検食者）に、その日のアレルギー対応の児童生徒の情報を知らせたか	☐	☐	☐

※誰が確認したか分かるようにチェックする。

チェック欄の記入例：☒（名前の頭文字）と記入。レ点としない。

※栄養教職員未配置校は、調理員 2 人以上で確認する（栄養教職員欄は記入しない）。

※調理員 2 人校の場合は、再点検は非常勤調理員が確認する。

※1～5 は、対応の有無にかかわらず毎日チェックをする。

6～11 は、対応が無い場合は☒（斜線）等で示し、空欄としない。

【給食指導担当職員用】 食物アレルギー対応 当日チェックリスト



☐ 当日の食物アレルギー対応一覧表を確認

☐ 重症度によっては配膳に関わらせない

☐ アレルギー対応児童生徒の配膳が最初

☐ 【小学校】
1食分そろった給食を該当児童と一緒に、「対応一覧表」と「対応カード」を照らし合わせ、間違いないか確認してから、「いただきます」

☐ 【中学校】
喫食前に、生徒本人に確認の徹底を指導、目視・声かけなど補助的な確認

☐ 「ラップ」と「対応カード」を外すのは「いただきます」の後

☐ 緑トレイ上の全ては、おかわり(追加配膳含む)なし

様式15

参考例

校 長	教 頭	教 務	担任	養護教諭	栄養教職員	文書担当

食に関する活動実施計画【校内】

令和7年1月27日
上越市立 ○○学校

学年・学級	1年1組		30名	指導者名	上越太朗	
実施年月日	6 年 1 1 月 1 日（金）		1 時間目	場所	家庭科室	
実施内容	教科活動名	家庭科				
	ねらい					
	調理内容材料等	【さつまいもご飯】 米 さつまいも こんぶ ごま 塩 酒 【豚汁】 豚肉 じゃがいも 人参 玉ねぎ 長ねぎ ごぼう つきこんにゃく 無添加みそ 煮干し				
食物アレルギー対応	対象児童生徒名	鉛筆花子	絵具未来	物差 一		
	アレルギー	ごま	【選択】 無 有	タコ	卵	
	使用の有無	有	無	無		
	対応方法	アレルギーを除去して活動に参加します。		アレルギーを除去して	アレルギーを除去して	
		サツマイモご飯が炊きあがったら、一人分を茶碗によそい、ラップをかけてから、ごまを入れる。おかわりはしない。ごまの担当をしない。		【選択】 対応はありません。 アレルギーを除去し活動に参加します。 調理のみ参加します。 別室で自習します。 その他		
保護者連絡	☐ した ☐ していない		具体的な対応策を記入する。		☐ した ☐ していない	

※原因食品を含まなくとも、飲食したり食品に触れたりする場合は、全ての食物アレルギー対応児の保護者へ連絡する。

様式16

参考例

校 長	教 頭	教 務	担任	養護教諭	栄養教職員	事務主任

校外学習実施計画書

令和7年1月27日

上越市立〇〇〇学校

学年・学級	5年1組		30人	引率者等	上越太朗 廊下 愛
実施年月日	6年11月1日（金）10：00～11：00 予備日6年11月5日（火）			目的地	本町商店街
ねらい					
日程及び 学習内容	10:00 学校発 10:20 〇〇商店街着 せんべいのお話と試食 10:30 ◆◆商店着 10:50 ◆◆商店発 11：00 学校着				
服装 持ち物	児童	探検バック 筆記用具 水筒 ぼうし			
	職員	救急セット 個人の携帯電話			
安全対策					
緊急時対応	担任携帯番号:080－〇〇〇〇－〇〇〇〇				
備考					

飲食を伴うものや食品に触れる活動 食物アレルギー対応	有（食品名等を記入する。）	【選択】 無(以下記入不要) 有(食品名等を記入する)		
	対象児童生徒名	鉛筆花子	絵具未来	物差 一
	アレルギー	ごま	カ タコ	卵
	使用の有無	無	無	有
	対応方針	【選択】 対応はありません。 飲食はしません。 学校で自習します。 その他		
	保護者連	【選択】 対応はありません。 飲食はしません。 学校で自習します。 その他		

学校生活（宿泊等）の活動における食物アレルギー事前調査票（保護者記入）

(フリガナ) 児童・生徒氏名		性別	男 ・ 女
保 護 者 氏 名			
学 校 名	上越市立 学校	学年・組	年 組
連絡先（電話番号）			

- 1 現在、医師から食物アレルギーと診断され、通院していますか。
- ① 定期的に通院している。(カ月に 回) ② 1年以上、通院していない。
- 2 医師により除去が必要と診断されている食物について、除去該当欄の除去の有無に○を付けてください。食物の加熱・非加熱等調理法にかかわらずアレルギーを起こす食物についてお答えください。

ア レ ル ギ ー 食 物	除 去 該 当 欄
卵	必要 ・ 不要
牛乳	必要 ・ 不要
小麦	必要 ・ 不要
*しょうゆ	必要 ・ 不要
そば	必要 ・ 不要
ピーナッツ（落花生）	必要 ・ 不要
えび	必要 ・ 不要
かに	必要 ・ 不要
その他（ ）	必要 ・ 不要
その他（ ）	必要 ・ 不要

*加工食品についての詳細については、学校担当者までご相談ください。

- 3 食物アレルギーの症状が出た場合の治療薬を宿泊行事に持参予定ですか。

- ① はい (飲み薬・エピペン[®]) ② いいえ

「はい」と答えた方は、薬剤使用や病院受診の状況判断について、主治医の指示を受けて学校生活管理指導表の提出をお願いいたします。

この調査票は、食物アレルギーのあるお子さんが校外活動において、宿泊施設や食事提供施設で食の安全を確保するために行います。その他の目的に使用することはありません。また、この調査票は個人情報の取扱いに留意の上、各機関・施設において保管し、その後、処分いたします。

個人情報・事前調査票の取扱いと提出について同意いたします。

上越市立 学校長 様

令和 年 月 日 保護者氏名

令和 年 月 日

保護者各位

上越市教育委員会

上越市立 学校
校長**学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）の提出について（依頼）**

上越市では、アレルギー疾患のある児童生徒が、安全で安心な学校生活を送るために、詳しい情報を把握することとしています。

そのため、学校生活において、特に配慮や管理が必要な児童生徒には、年に一回、主治医またはアレルギー専門医が記入した「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」を提出していただき、保護者と情報を共有し、学校生活に生かすための資料といたします。

以上につきまして、ご協力をお願いいたします。

記

- 1 提出様式 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）
家庭における除去の程度一覧表（保護者記入）
- 2 提出期限 令和 年 月 日（ ）

学校生活管理指導表をもとに、3月末までの間に、担当者と保護者の方と面談を行います。学校生活管理指導表の準備ができましたら、日程について相談のため、学校担当者（ ）までご連絡ください。ご理解の上、ご協力をお願いいたします。

*必要に応じて、このテキストは
削除してください。

上越市立 学校
担当：
TEL：

取扱注意

給食を起因とする食物アレルギー発症報告書（第 報）学校給食

報告年月日		令和 年 月 日 ()		時間	:	現在	
報告者	学校名等				職・氏名		
	電話		メール				
	ファクス						
対象児童生徒等		氏名（年齢）	学年・クラス	性別：○男子 ○女子			
学校生活管理指導表に基づく対応	管理状況	管理指導表作成状況	☐ 作成 ☐ 未作成 ☐ その他		その他の場合		
		直近作成年月日		直近面談年月日			
		原因食物	☐ 鶏卵 ☐ 牛乳・乳製品 ☐ 小麦 ☐ そば ☐ ピーナッツ ☐ 種実類・木の実類 ☐ 甲殻類(エビ・カニ) ☐ 魚類 ☐ 肉類 ☐ 果物類 ☐ その他				
		緊急時処方薬	☐ なし ☐ 内服薬 (☐ 抗ヒスタミン ☐ ステロイド)		☐ エピペン®		
		保管場所					
	学校給食対応	☐ 詳細な献立表		☐ 弁当対応(☐ 一部 ☐ 全部)		☐ 除去食対応 ☐ 代替食対応	
		対応開始年月日		対応開始年月日		対応開始年月日	
		送付経路	配食経路	配食経路	配食経路		
		☐ 対応					
	☐ 未対応		☐ 保護者了解済み ☐ 初発 ☐ その他		その他の場合		
事故発生状況	誤食	☐ 有 (☐ 発症 ☐ 発症なし) ☐ 無		発生日時			
	発生場所				学校管理下	☐ 管理下 ☐ 管理外	
	調理場施設名				喫食時間		
	献立 ※献立表添付						
	原因食物			加工品の場合、納入業者名			
		発生日の学校給食対応	☐ 詳細な献立表 ☐ 一部弁当対応 ☐ 除去食対応 ☐ 代替食対応 ☐ 未対応				
	状況と原因						
	喫食後の運動	☐ 有 ☐ 無	運動時刻		内容		
	内服薬投与	☐ 有 ☐ 無	投与時刻		対応者	☐ 校長等 ☐ 教頭 ☐ 学級担任 ☐ 養護教諭 ☐ その他教職員	
	エピペン®注射	☐ 有 ☐ 無	実施者	☐ 本人 ☐ 校長等 ☐ 教頭 ☐ 学級担任 ☐ 養護教諭 ☐ その他教職員			
注射時刻		補助者	☐ 校長等 ☐ 教頭 ☐ 学級担任 ☐ 養護教諭 ☐ その他教職員				

病院搬送	☐ 有 ☐ 無	搬送先		搬送先到着時刻				
	搬送方法	☐ 救急車 ☐ タクシー ☐ 教職員自家用車 ☐ その他				その他の場合		
	対応者	☐ 校長等 ☐ 教頭 ☐ 学級担任 ☐ 養護教諭 ☐ その他教職員						
	連絡者	☐ 校長等 ☐ 教頭 ☐ 学級担任 ☐ 養護教諭 ☐ その他教職員						
	連絡時刻		到着時刻		出発時刻			
治療内容・処置 対応・経過								
入院の有無	☐ 有 ☐ 無	退院予定日				☐ 治療後、帰宅		
学校医・主治医 等への連絡	☐ した ☐ しない	☐ 学校医	連絡時刻			☐ 主治医	連絡時刻	
	連絡者	☐ 校長等 ☐ 教頭 ☐ 学級担任 ☐ 養護教諭 ☐ その他教職員						
	指示内容							
運動誘発性	☐ 有 ☐ 無							
アレルギー症状	☐ 顔面・目・ 口・鼻の症状	☐ 顔面の腫れ ☐ 目のかゆみや充血 ☐ まぶたの腫れ ☐ くしゃみ・鼻水・はなづまり ☐ 口の中の違和感(イガイガ感) ☐ 唇の腫れ				発症時刻		
	☐ 皮膚症状	☐ じんましん→ ☐ 局所 ☐ 全身 ☐ かゆみ・赤み→ ☐ 局所 ☐ 全身				発症時刻		
	☐ 消化器 症 状	☐ 腹痛 ☐ 吐き気 ☐ 嘔吐→ ☐ 1回 ☐ 2回 ☐ 3回 ☐ 4回 ☐ 5回以上 ☐ 下痢→ ☐ 1回 ☐ 2回 ☐ 3回 ☐ 4回 ☐ 5回以上				発症時刻		
	☐ 呼吸器 症 状	☐ 声のかすれ ☐ 咳 ☐ ゼーゼー・ヒューヒュー(喘鳴) ☐ 犬が吠えるような咳 ☐ 息苦しさ ☐ 呼吸困難				発症時刻		
	☐ 全身症状	☐ 意識→ ☐ 朦朧 ☐ 喪失 ☐ ぐったり ☐ 尿・便を漏らす ☐ 脈が触れにくい ☐ 唇チアノーゼ ☐ 血圧低下				発症時刻		
	その他の 観察事項					発症時刻		
保護者への対応	連絡者	☐ 校長等 ☐ 教頭 ☐ 学級担任 ☐ 養護教諭 ☐ その他教職員				連絡時刻		
	説明日時			説明場所	☐ 保護者宅 ☐ 学校 ☐ その他	その他の場合		
	説明者	☐ 校長等 ☐ 教頭 ☐ 学級担任 ☐ 養護教諭 ☐ その他教職員						
	説明状況							
在校児童生徒 等への対応								
再発防止策								
備 考								

取扱注意

給食以外を起因とする食物アレルギー発症報告書（第 報）

学校給食以外

報告年月日	令和 年 月 日 ()		時 間	:	現在	
報 告 者	学校名等			職・氏名		
	電 話		メール			
	ファクス					
対象児童生徒等	氏名 (年齢)	(歳)	学年・クラス	性別：○男子 ○女子		
学校生活 管理指導表 に基づく 管理状況	管 理 指 導 表 作 成 状 況	☐ 作成 ☐ 未作成 ☐ その他	その他の場合			
	直 近 作 成 年 月 日		直 近 面 談 年 月 日			
	原 因 食 物	☐ 鶏卵 ☐ 牛乳・乳製品 ☐ 小麦 ☐ そば ☐ ピーナッツ ☐ 種実類・木の実類 ☐ 甲殻類(エビ・カニ) ☐ 魚類 ☐ 肉類 ☐ 果物類 ☐ その他				
	対 応 内 容					
	緊急時処方薬	☐ なし	☐ 内服薬 (☐ 抗ヒスタミン ☐ ステロイド)	☐ エピペン®		
	保 管 場 所					
事故発生状況	誤 食	☐ 有 (☐ 発症 ☐ 発症なし) ☐ 無		発生日時		
	発生場所			学校管理下	☐ 管理下 ☐ 管理外	
	原因食物			喫食時間		
	食事内容					
	状況と原因					
	喫食後の運動	☐ 有 ☐ 無	運動時刻		内 容	
	内服薬投与	☐ 有 ☐ 無	投与時刻		対応者	☐ 校長等 ☐ 教頭 ☐ 学級担任 ☐ 養護教諭 ☐ その他教職員
	エピペン® 注射	☐ 有 ☐ 無	実施者	☐ 本人 ☐ 校長等 ☐ 教頭 ☐ 学級担任 ☐ 養護教諭 ☐ その他教職員		
		注射時刻	補助者	☐ 校長等 ☐ 教頭 ☐ 学級担任 ☐ 養護教諭 ☐ その他教職員		

病院搬送	☐ 有 ☐ 無	搬 送 先				搬送先到着時刻		
	搬送方法	☐ 救急車 ☐ タクシー ☐ 教職員自家用車 ☐ その他				その他の場合		
	対 応 者	☐ 校長等 ☐ 教頭 ☐ 学級担任 ☐ 養護教諭 ☐ その他教職員						
	連 絡 者	☐ 校長等 ☐ 教頭 ☐ 学級担任 ☐ 養護教諭 ☐ その他教職員						
	連絡時刻		到着時刻		出発時刻			
治療内容・処置 対応・経過								
入院の有無	☐ 有 ☐ 無	退院予定日				☐ 治療後、帰宅		
学校医・主治医 等への連絡	☐ した ☐ しない	☐ 学校医	連絡時刻			☐ 主治医	連絡時刻	
	連絡者	☐ 校長等 ☐ 教頭 ☐ 学級担任 ☐ 養護教諭 ☐ その他教職員						
	指示内容							
運動誘発性	☐ 有 ☐ 無							
アレルギー症状	☐ 顔面・目・ 口・鼻の症状	☐ 顔面の腫れ ☐ 目のかゆみや充血 ☐ まぶたの腫れ ☐ くしゃみ・鼻水・はなづまり ☐ 口の中の違和感(イガイガ感) ☐ 唇の腫れ				発症時刻		
	☐ 皮膚症状	☐ じんましん→ ☐ 局所 ☐ 全身 ☐ かゆみ・赤み→ ☐ 局所 ☐ 全身				発症時刻		
	☐ 消化器 症 状	☐ 腹痛 ☐ 吐き気 ☐ 嘔吐→ ☐ 1回 ☐ 2回 ☐ 3回 ☐ 4回 ☐ 5回以上 ☐ 下痢→ ☐ 1回 ☐ 2回 ☐ 3回 ☐ 4回 ☐ 5回以上				発症時刻		
	☐ 呼吸器 症 状	☐ 声のかすれ ☐ 咳 ☐ ゼーゼー・ヒューヒュー(喘鳴) ☐ 犬が吠えるような咳 ☐ 息苦しさ ☐ 呼吸困難				発症時刻		
	☐ 全身症状	☐ 意識→ ☐ 朦朧 ☐ 喪失 ☐ ぐったり ☐ 尿・便を漏らす ☐ 脈が触れにくい ☐ 唇チアノーゼ ☐ 血圧低下				発症時刻		
	その他の 観察事項					発症時刻		
保護者への対応	連 絡 者	☐ 校長等 ☐ 教頭 ☐ 学級担任 ☐ 養護教諭 ☐ その他教職員					連絡時刻	
	説明日時			説明場所	☐ 保護者宅 ☐ 学校 ☐ その他		その他の場合	
	説 明 者	☐ 校長等 ☐ 教頭 ☐ 学級担任 ☐ 養護教諭 ☐ その他教職員						
	説明状況							
在校児童生徒 等への対応								
再発防止策								
備 考								

上越市教育委員会 宛

令和 年 月 日

食物アレルギー研修実施計画書

学校名 _____ 記入者 _____

【日程1】 選択部分は、該当箇所に○を記入してください。

日時	月 日 () 時 分～ 時 分	
会場		
講師	所属：	氏名：
内容	食物アレルギー基礎（アレルギー全般の講習・エピペン [®] の使い方など）	
	緊急時対応（エピペン [®] シミュレーション・校内対応訓練など）	
	その他（ ）	
貸出	エピペン練習用トレーナー（ 本） ※学校教育課保管46本	
	DVD ※学校教育課・教育総務課から貸出し可能な資料がありますので、希望の際は事前に問い合わせください。	

【日程2】 選択部分は、該当箇所に○を記入してください。

日時	月 日 () 時 分～ 時 分	
会場		
講師	所属：	氏名：
内容	食物アレルギー基礎（アレルギー全般の講習・エピペン [®] の使い方など）	
	緊急時対応（エピペン [®] シミュレーション・校内対応訓練など）	
	その他（ ）	
貸出	エピペン [®] 練習用トレーナー（ 本） ※学校教育課保管46本	
	DVD ※学校教育課・教育総務課から貸出し可能な資料がありますので、希望の際は事前に問い合わせください。	

上越市立 学校
校長

食物アレルギー研修を下記のとおり実施したので、報告いたします。

日時	令和 年 月 日（ ） ： ～ ：
講師	所属： 氏名：
参加人数	☐ 管理職 ☐ 養護教諭 ☐ 担任 ☐ 栄養士 ☐ 調理員 ☐ 事務・その他 参加人数_____人 ※上記チェック者を含む
内容	☐ 食物アレルギー疾患について
	☐ 学校対応について
	☐ 緊急時対応について ☐ エピペン [®] シミュレーション
	☐ 緊急時を想定した訓練 （シナリオ ☐ あり ☐ なし）
	【その他】
感想 意見	※配付資料を１部添付してください。

※実施後速やかに提出してください。