

令和4年度(第七訂)

江戸川区立西葛西小学校

学校給食アレルギー対応マニュアル

アレルギー対応の基本的な考え方

西葛西小学校は児童が健康な生活を営めるよう、家庭の食事療法に協力する立場で、次の原則のもと可能な範囲で対応する。

<原則>

- ① 学校給食における食物アレルギーの対応は、過敏食品・食物の除去を基本とする。ただし、牛乳・乳製品アレルギー対応においては、医師の指示のもと、一部個別対応も行う。
※以下「除去食」とは、調理過程で過敏食品・食物を除いた給食をいう。
※以下「原因食物」とは、過敏食物・食品のことをいう。
- ② 医師の診断による「学校生活管理指導表」を保護者より提出してもらうこと。
- ③ 実施の決定は、学校長が行い、副校長・担任・学校栄養職員・養護教諭・給食主任・学校医等を含め、関係者が連携して組織的に対応にあたること。
- ④ 学校の実状から判断し、学校として継続して行える作業の範囲であること。
- ⑤ 対応の決定後も保護者及び主治医との連絡は密にすること。
- ⑥ 児童が誤食、症状出現時の緊急時対応について、職員間で共通認識の下、具体的、確実に対応できる体制を整えておく。
- ⑦ 対応にあたっては、児童の栄養面及び精神面に配慮すること。

令和4年4月

1 食物アレルギー対応の流れ

時期	新1年生	すでに対応している児童
10月 ～2月	<p>配慮の必要な児童の把握 保護者の申し出 ＜就学時健康診断時＞ ＜入学説明会時＞</p>	
3月 ～4月	<p>○就学時健康診断や入学説明会の機会に、食物アレルギーの対応を要すると思われる場合は申し出るよう学校栄養職員が保護者に促す。</p>	<p>○毎年、医師の診断・指示書の提出を求め、経過による症状の軽症化によっては対応の見直しを検討する。</p>
	<p>依頼書・学校生活管理指導表の提出</p>	<p>依頼書・学校生活管理指導表の提出</p>
	<p>○医師が学校での配慮を必要としないと診断した場合や家庭での管理を行っていない場合は対応の対象外となる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食物アレルギー対応依頼書《様式1-①》 ・学校生活管理指導表 《様式2》 ・食物アレルギー調査票 《様式3-①②》 ・食物アレルギー対応個人票 《様式4》 <p>上記様式を学校栄養職員が整理する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じて養護教諭が投薬確認書を受け取り薬を預かる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・食物アレルギー対応依頼書（継続・継続追加有・継続一部解除有）《様式1-①》 ・食物アレルギー対応変更依頼書 《様式1-②》 ・学校生活管理指導表 《様式2》 ・必要に応じて養護教諭が投薬確認書を受け取り薬を預かる。
	<p>対応の検討</p>	<p>対応の検討（個別面談）</p>
	<p>○提出書類をもとに、校長、副校長、学校栄養職員、養護教諭、学級担任で対応方法を検討し、対応方針を決める。</p>	<p>○提出書類をもとに、校長、副校長、学校栄養職員、養護教諭、学級担任で対応方法の見直しをし、対応方法を決める。</p>
	<p>個別面談</p>	<p>○必要に応じて、校長、副校長、学校栄養職員、養護教諭、学級担任が保護者と面談の機会をもち、児童状況把握と対応について理解を得ることに努める。</p>
	<p>○校長、副校長、学校栄養職員、養護教諭、学級担任が対象児童の保護者から詳細に情報を得る。</p> <p>○申請内容を正しく把握する。《様式3-①②》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食物アレルギー対応依頼書《様式1-①》 ・投薬指示書 <p>○学校給食提供までの流れや学校及び給食室の現状を理解してもらう。</p> <p>※「対応できる内容」と「対応できない内容」について、正確に伝え理解を得る。</p> <p>※校長、副校長、学校栄養職員、養護教諭、担任は、次年度の担当者に正確に引き継ぐ。</p>	<p>※校長、副校長、学校栄養職員、養護教諭、担任は、次年度の担当者に正確に引き継ぐ。</p>
4月	<p>対応実施の決定</p> <p>○対応実施の決定は学校長が行う。</p> <p>教職員の共通理解＜職員会議の開催＞</p> <p>○新年度、給食開始日までに校内で共通理解を図っておく。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アレルギー対応児童の状況・給食提供時の方法確認 <p>対応の開始</p>	<p>○経過や必要な情報がすぐわかるように個人表《様式4》を作成しておく。</p>

2 症状発症時の対応手順

実施内容	留意点
<p>□状況の把握（発見者） 子供から離れず観察 児童に他の職員を呼びに行かせる（担任に連絡） （近くに職員がいない場合ヘルプカードを使い職員室から職員を呼ぶ。） エピペンと AED と内服薬の用意を指示</p> <p>□学校長・養護教諭・主幹に連絡 学校長は現場に到着次第リーダーとなり、教職員の役割の確認及び指示をする。 ・薬と一緒に保管している投薬確認書に基づいて管理職の指示で養護教諭が投薬する。養護教諭がいない場合は、管理職が投薬する。</p> <p>緊急性の高い症状がある場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ●エピペンの準備、使用または介助 ●心肺蘇生または AED の準備、使用 ●内服薬の準備、内服の介助 ●上記と同時に救急車を要請する <div style="border: 2px dashed black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>救急です。住所は江戸川区西葛西 3-9-44 江戸川区立西葛西小学校です。</p> <p>主訴 食物によるアナフィラキシー症状で〇〇の症状がある。呼吸状態は・・・。</p> </div> <p>□保護者に連絡（原則・担任）</p> <p>□必要に応じてかかりつけ医療機関に連絡</p> <p>□「3 食物によるアナフィラキシーの症状の段階」を参考にして、医療機関を受診する。</p> <p>※表【☆Ⅲ】が緊急に受診を要する段階であり、エピペン注射のタイミングでもある。 エピペンとともに保管してある注射をうつタイミングの指示書(保護者より)に基づいてエピペン注射する。</p> <p>□学務課給食保健係へ連絡（校長・副校長） □教育委員会指導室へ連絡（校長・副校長）</p>	<div style="border: 2px solid orange; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>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。 迷ったらエピペンを打ち、直ちに救急車を要請する。（119番通報） 呼びかけに対して反応がなく、呼吸がなければ、心肺蘇生を行い、AED を用意する。 たたせたり、歩かせたりせず、その場で安静にする。</p> </div> <p>※エピペンの効果の持続は 20 分程度 ※救急要請は、管理職が行う</p> <p>□児童を保健室へ運ぶ。動かせない場合は現場で対応する。</p> <div style="border: 2px dashed black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> ○原因食物を口に入れたとき →口から出しすすぐ ○皮膚についたとき →洗い流す ○目の症状 →洗眼 <p>※アナフィラキシーショックを起こしているときには動き回らせない。意識があるときには衣服を緩め本人の楽な姿勢にする。 （仰向けで足側を 15 cm～30 cmほど高くする姿勢で横たえさせる。） 移動させる場合は、背負ったり、腰かけさせたりせず、横になったままの姿勢を保つ。 吐き気・嘔吐 ⇒ 体と顔を横に向ける。 呼吸が苦しく仰向けになれない時・・・ 上半身を起こしたのち、よりかかか。</p> </div> <p>□個人票《様式 4》を準備する。</p> <p>□緊急時対応票《様式 5》に記入を開始し、5分ごとに症状を観察、対応、記録する。</p> <p>□かかりつけ医に状況を伝え、対応を確認する。</p> <p>□受診には付添い（養護教諭）状況を医師に正確に伝える。（緊急時対応票・個人票を持参する。）</p>

「エピペン®」の使用手順

エピペンとは…

アナフィラキシーに対する緊急補助治療に使用される医薬品です。

アナフィラキシーショックが起きたら・・・

- 太ももの前外側へ注射する。
- 緊急時は衣服の上からでもよい。
- 1本のエピペンは1回分のみ。
- ※注射液が残ってもそれは使えない。
- 使用量は体重 1kg あたり 0.01mg である。

- 使用者は患者本人。(未
- 成年の場合は説明済みの保護者) 必要に応じて救命士、保育士、教師も使用可能である。



エピペンの使い方を年度当初に職員で研修する。エピペンは、日中は職員室の入り口脇で保管する。エピペンは(10～25度の)常温で保存する。長期休み等では、保護者に返す。

日常的な薬服用者の対応

クロモグリク酸を給食前に服用する児童は、保護者より校長に文書(投薬確認書)で申し出を行う。担任は3校時と4校時の間の5分休みになったら、該当児童を保健室に飲みに行くよう促す。養護教諭が不在の時、児童は担任のところに戻る。担任は次に児童を職員室に行くよう促し、管理職が飲むのを確認する。管理職も不在の時、児童は担任のところに戻り、担任が飲むのを確認する。(担任が出張中の場合、補教者が行う。)



緊急薬については、保護者より校長に文書(投薬確認書)〈様式8〉で申し出を行う。(投薬確認書は保護者が作成、薬と一緒に保管する。)保健室の冷蔵庫内の青い箱の中で保管する。

主な関係機関連絡先（緊急時）

区内消防署	T E L	所在地
葛西消防署・救急	3 6 8 9 - 0 1 1 9	中葛西 1 - 2 9 - 1

江戸川区医師会協力医療機関	T E L	所在地
東京臨海病院	5 6 0 5 - 8 8 1 1	臨海町 1 - 4 - 2
東京慈恵会医科大学葛飾医療センター（旧慈恵医大青戸病院）	3 6 0 3 - 2 1 1 1	葛飾区青戸 6 - 4 1 - 2
東部地域病院	5 6 8 2 - 5 1 1 1	葛飾区亀有 5 - 1 4 - 1
東京都立墨東病院	3 6 3 3 - 6 1 5 1	墨田区江東橋 4 - 2 3 - 1 5

4 具体的な対応・留意点

(1) 食物アレルギー対応の段階と配慮事項

【1】除去食を提供する場合

[対象] 調理の過程で原因食物を完全除去する場合

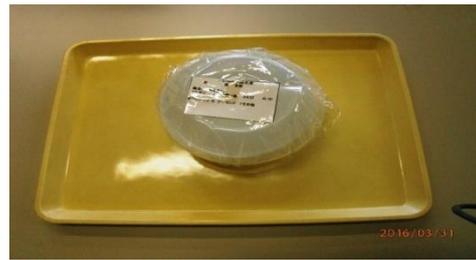
[配慮事項]

- ・ 医師の診断・指示書のもと完全除去で対応する。(少量や1/2などの解除はなし)
 - ・ 除去による栄養の不足について、家庭でも補えるよう栄養職員が保護者に協力を求める。
 - ・ 該当児童が除去食を確実に食べられるよう栄養職員、調理職員、学級担任、補教者が配慮するとともに、互いに確認を行う。
 - ・ 栄養職員は、調理過程において調理職員が確実に除去できるように指示をする。
 - ・ 予定献立に変更があった場合や、通常と異なる形式の給食(バイキング給食等)の際は、誤食がないように特に注意する。
 - ・ 学級担任は、該当児童が給食当番の際に原因食物に触れたり誤食がないよう、配慮する。万一の誤食を防ぐために、該当児童に除去食対応をする日は、該当児童がその日おかわりを一切しないようにする。
 - ・ 食物アレルギーについて学級の児童が正しく理解するように学級担任が指導し、本人が精神的な負担を感じることがないように配慮する。
 - ・ 給食指導が担任でない場合にも事故のないよう注意する。
 - ・ 給食ワゴンは、給食当番(白衣着用)か学級担任あるいは給食補教者が教室に入れるまで調理担当職員が各階に立って見守る。
- ・ 栄養職員及び教職員は以下の対応を行い、情報共有を進め、給食指導にあたる。
- ① 栄養職員は毎月末に翌月のアレルギー対応票《様式6》を作成する。
 - ② 栄養職員は作成した対応票を当該学級担任、養護教諭、管理職に渡すとともに学校LANの共有フォルダに保存し、全教職員が閲覧可能な状況を作る。
 - ③ 情報提供を受けたものは、対応票をピンクのファイルにファイリングし、日々朝と給食前に対応を確認する。
 - ④ 除去食対応の日は、保護者が連絡帳(あるいはアレルギー対応専用ノート)を書いて担任に渡す。
 - ⑤ 当該学級担任は、対応票のピンクのファイルを教室の事務機の1番上の広い引き出しに常時保管する。
(ピンクのファイルは年度末には栄養職員が回収し保管する。)
 - ⑥ 給食補教に入る教員も担任が補教カードに書いたアレルギー対応児童名(対応児童全員)と各教室に備え付けられたファイルにて対応票を確認する。
 - ⑦ 栄養職員は除去食を提供する際には該当児童の名前を明確にし、黄色いトレーに食器に専用カバーをし、カードをつけラップでくるんだものを各教室に配膳する。なお、配膳の際には様式6-1に受領の印(サイン可)を担任からもらう。(カードはカバーにつけたままにする。カバーは給食片付けの時に該当児童がもとの食器にかけて返す。食べ残したのもそのまま食器に残しておく。万一給食中にアレルギーによる症状が出たときは、その食器を保健室へ持って行く。(何を食べたか確認するため。))

※配膳時に間違いがないかチェックし、各教室を回り、栄養職員が回収する。(様式6-1)



黄色カード…持参食(中身はなし)



白色カード…除去食

カードとふたは、給食の片付けの時に、元の食器にかぶせてワゴンにもどす。万一給食中にアレルギーによる症状がでたときは、該当児童の給食をそのまま保健室に運ぶ。

(除去食対応でない日であっても食べられないものがあるときにはその旨を明確に連絡する。)

⑧各担任及び給食補教者は給食提供前にその日の対応児童の除去食が確実に用意されていることを確認する。**除去食がある児童の配膳は、他の児童の配膳を始める前に、最初に担任あるいは給食補教者が配膳し本人に配る。**万が一、対応票と異なる給食内容であるときには給食配布を中止し、栄養職員と直接内容確認を行う。**除去食で対応する日の該当児童にはおかわりをしない**よう指導する。

・牛乳飲用除去だけの児童については、おかわりはよい。

・飲用牛乳とその他の除去食がある児童は、**1つでも除去食器がある場合は、おかわりはできない。**

⑨担任不在時のアレルギー対応児童のクラスの補教者と当該学年の主任にも声をかけ、複数で配膳のチェックをする。

⑩アレルギー対応による弁当持参の児童は、安全性を考慮し、**原則給食当番は行わない。**

⑪栄養職員は代替品持参の対応一覧を月ごとに作成し、給食提供管理を行う。(様式6)

なお、この対応一覧についても学校LANに保存し、全教職員に周知するとともに養護教諭・管理職にプリントアウトの上、提出する。

⑫牛乳パックのリサイクルに伴い、乳・乳製品のアレルギー児童は、リサイクル作業はしない。(触らない)
また、それ以外のアレルギー対応児童が、飲用牛乳を飲み残した場合、青いバケツに捨て、パックは牛乳ケースへ入れる。

【2】献立によって弁当もしくは代用食品を持参する場合

[対象] 調理の過程で原因食物を除去することが困難な場合

[配慮事項]

- ・学級担任は食物アレルギーについて学級の児童が正しく理解するように指導し、本人が精神的な負担を感じることがないように配慮する。
- ・予定献立に変更があった場合や、通常と異なる形式の給食（バイキング給食等）の際は、誤食がないように特に注意する。（除去の対象となるものは提供しない）
- ・学級担任は、該当児童が給食当番の際に原因食物に触れたり誤食がないようにしたり、配慮する。
- ・給食指導が担任でない場合にも事故のないよう注意する。

・持参した弁当の管理について以下の通りとする。

- ①衛生管理上の問題を踏まえ、当日朝、該当児童は持参した食品を職員室の栄養職員あるいは副校長、学級担任、専科教員に渡す。受け取った担当職員は職員室内の冷蔵庫にて保管する。食品を常温で保存するものについては、発泡スチロールの入れ物で保管する。その際、冷蔵庫脇につけられたホワイトボードに日付、学年、組、児童名、冷蔵か常温保存か記入する。
- ②栄養職員は冷蔵庫内の弁当を確認し、当日の対応票と差異がないかをチェックする。
(万が一、持参すべき弁当を持ってきていない場合は家庭に連絡確認を行う。)
- ③栄養職員は持参する弁当には名前が明記されるよう保護者に指導を行う。
- ④除去食対応の日は、保護者が連絡帳（あるいはアレルギー対応専用ノート）を書いて担任に渡す。
- ⑤給食指導開始前に該当児童は職員室に弁当を取りに来て、職員室の栄養職員あるいは副校長、学級担任、専科教員から持参した食品を受け取る。渡した職員は、ホワイトボードの児童名を取消線で消す。



(2) 学習活動での対応

学校給食だけでなく、教材教具にアレルギーが含まれる場合や調理実習など食に関する学習活動、野外での学習や宿泊を伴う学習などでも食物アレルギーに配慮していく必要がある。その場合には学級担任や専科教員、クラブ担当教諭が「食に関する教育活動で使用する食品表」〈様式7〉を作成し、担任を通じて保護者と連絡調整を十分に行い、栄養職員、養護教諭と相談し、管理職からの指導・助言を受けて児童の安全を確保する。

① 教材教具等への配慮

アレルギー	想定される学習活動
牛乳	牛乳パックリサイクル、工作
小麦	小麦粘土、うどん・パン作り体験
ピーナッツ	落花生栽培
そば	そば打ち体験
大豆	味噌作り、豆まき

② 食に関する活動での配慮

- ・学校行事や学級活動
- ・生活科や家庭科の調理実習 ・生活科や理科での栽培活動 ・総合的な学習の時間の体験活動
- ・クラブ活動

③ 野外での学習や宿泊を伴う学習での配慮

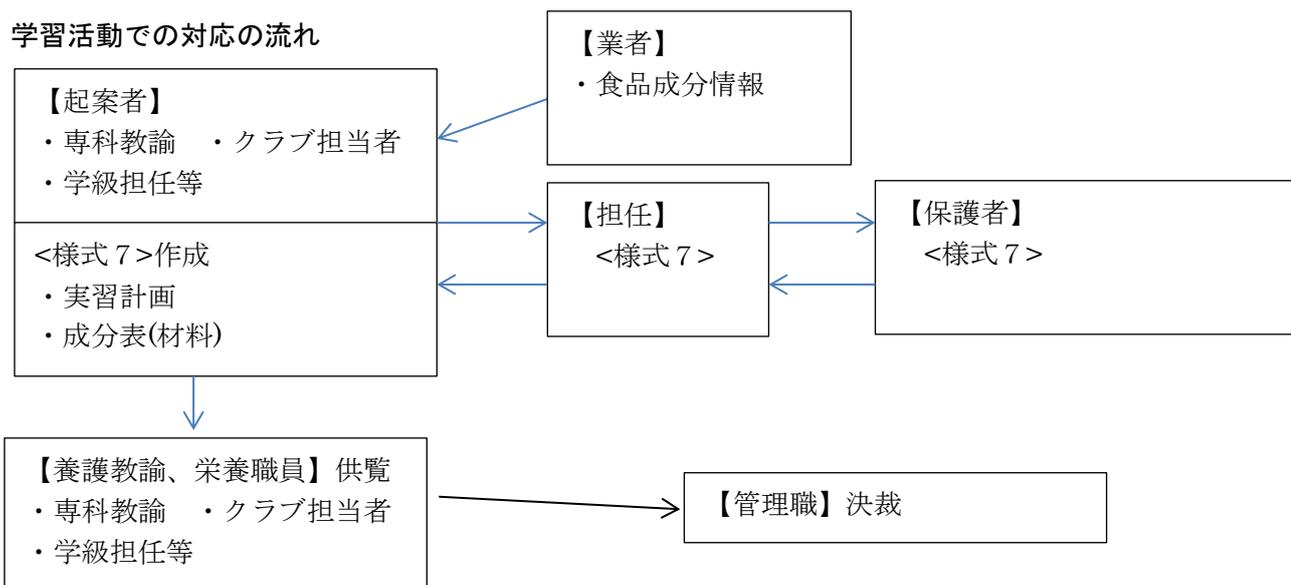
- ・遠足 ・社会科見学 ・チャレンジ・ザ・ドリーム
- ・移動教室、ウインタースクール等の体験学習及び食事
(該当学年担任は食物の成分表を早い時期に取り寄せる。)

④ 食物依存性運動誘発アナフィラキシー (※) への配慮

- ・5, 6校時の体育、体育行事
- ・昼休み
- ・部活動

(※) 原因となる食物を摂取して2時間以内に運動することによりアナフィラキシー症状を起こします。原因食物としては、小麦粉・甲殻類が多く、運動量が増加する中学生に最も多くみられます。発症した場合は呼吸困難やショック症状のような重篤な症状にいたるので注意が必要です。原因食物の摂取と運動の組み合わせで発症するため、食べただけ、運動しただけでは発症はおきず、気が付かずに誘発症状を繰り返す例もあります。

学習活動での対応の流れ



食物アレルギー対応依頼書

(新規 ・ 継続 ・ 継続追加有り ・ 継続一部解除有り)

学 校 長 殿

(児童生徒名) _____ は、この度添付書類のように食物アレルギーの診断を受けましたので、今後、学校給食等の提供に際して、下記の食物について対応していただくよう依頼します。

なお、食物アレルギー除去食の具体的な対応について、貴校の説明に同意します。

[食物名]

添付書類 : 学校生活管理指導表 (様式2)

令和 年 月 日 提出

保護者氏名 _____ 印 _____

.....
※学校処理欄

受領者 学校長 _____ 印 _____ 受付日 令和 年 月 日

食物アレルギー対応変更依頼書

学 校 長 殿

(児童生徒名) _____ は、学校給食等の提供に際して、下記のとおり変更を依頼します。

1. 医師の指導のもと、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 診断の結果、下記の食物についての対応の解除をしていただくよう依頼します。
2. 年 月 日 医師の診断の結果、診断根拠 (明らかな症状の既往
・ 食物負荷試験陽性 ・ IgE 抗体等検査結果陽性) のため、下記の食物についての対応をしていただくよう依頼します。

[解除・追加 食物名]

医 師 名 _____ 印 _____

医療機関名 _____

令和 年 月 日 提出

保護者氏名 _____ 印 _____

.....
※学校処理欄

受領者 学校長 _____ 印 _____ 受付日 令和 年 月 日

食物アレルギー調査票 [面談資料・症状]

記入日 令和 ○年 ○月 ○日

1年組 氏名 江戸川 太郎

※重度の種実類アレルギー、
軽度の卵アレルギーの場合

質問1. アレルギーをおこす食品名

(卵 、 種実 (ピーナッツ、くるみ、ごま))

質問2. 誘発の程度や発症する症状

※該当するものに○を付けてください

食品名	ピーナッツ	くるみ	ごま	卵	
誘発の程度	① 微量で重篤症状の危険性あり (油共用不可) 2 摂取により発症の可能性あり 【経口・接触】 3 発症の可能性はあるが、学校対応を求めない	1 微量で重篤症状の危険性あり (油共用不可) ② 摂取により発症の可能性あり 【経口・接触】 3 発症の可能性はあるが、学校対応を求めない	1 微量で重篤症状の危険性あり (油共用不可) ② 摂取により発症の可能性あり 【経口・接触】 3 発症の可能性はあるが、学校対応を求めない	1 微量で重篤症状の危険性あり (油共用不可) ② 摂取により発症の可能性あり 【経口・接触】 3 発症の可能性はあるが、学校対応を求めない	1 微量で重篤症状の危険性あり (油共用不可) 2 摂取により発症の可能性あり 【経口・接触】 3 発症の可能性はあるが、学校対応を求めない
発症する症状 (目安)	① 血圧低下、意識障害・消失 ② せき、ゼーゼー、呼吸困難 ③ 吐き気、嘔吐 ④ じんましん、かゆみ	I 血圧低下、意識障害・消失 ② せき、ゼーゼー、呼吸困難 ③ 吐き気、嘔吐 ④ じんましん、かゆみ	I 血圧低下、意識障害・消失 ② せき、ゼーゼー、呼吸困難 ③ 吐き気、嘔吐 ④ じんましん、かゆみ	I 血圧低下、意識障害・消失 II せき、ゼーゼー、呼吸困難 ③ 吐き気、嘔吐 ④ じんましん、かゆみ	I 血圧低下、意識障害・消失 II せき、ゼーゼー、呼吸困難 III 吐き気、嘔吐 IV じんましん、かゆみ
その他					

《保護者の方へ》

この調査票は、アレルギーを起こす食品ごとに誘発の程度や症状を保護者の方にご記入いただき、給食対応を相談する面談の資料とします。

主治医に「学校生活管理指導表」の記入を依頼する際に、この調査表の内容の確認もお願いいたします。

食物アレルギー調査票 [面談資料・症状]

記入日 令和 年 月 日

年 組 氏 名

質問 1. アレルギーをおこす食品名

()

質問 2. 誘発の程度や発症する症状

※該当するものに○を付けてください

食品名					
誘発の程度	1 微量で重篤症状の危険性あり (油共用不可) 2 摂取により発症の可能性あり 【経口・接触】 3 発症の可能性はあるが、学校対応を求めない				
発症する症状(目安)	I 血圧低下、意識障害・消失 II せき、ゼーゼー、呼吸困難 III 吐き気、嘔吐 IV じんましん、かゆみ				
その他					

《保護者の方へ》

この調査票は、アレルギーを起こす食品ごとに誘発の程度や症状を保護者の方にご記入いただき、給食対応を相談する面談の資料とします。

主治医に「学校生活管理指導表」の記入を依頼する際に、この調査表の内容の確認もお願いいたします。

食物アレルギー調査票 [面談資料・食品]

記入日 令和 ○年 ○月 ○日

1年組氏名 江戸川 太郎

※重度の種実類
アレルギーの場合

	卵	牛乳 乳製品	小麦粉	種実 (ナッツ) 等	大豆	魚介	その他
幼保育園 小学校の 給食	除去食を 食べて いた いない	除去食を 食べて いた いない	除去食を 食べて いた いない	除去食を 食べて いた いない	除去食を 食べて いた いない	除去食を 食べて いた いない	除去食を 食べて いた いない
〔家庭での 食事状況〕 ○:摂取して いる ×:摂取して いない △:摂取した ことがない	・鶏卵	・飲用牛乳	・パン	×・ピーナッツ AC	・大豆	・えび	・果物
	・全卵	・調理用牛乳	・めん	○・アーモンド	・おから	・かに	()
	・卵白	・生クリーム	・ケーキ	△カシューナッツ	・きなこ	・いか	()
	・卵黄	・チーズ	・ルウ	×くるみ A	・納豆	・たこ	()
	・マヨネーズ	・ヨーグルト	・衣	・〇くり	・豆乳	・魚	・野菜
	・練り製品	・肉加工品	・大麦	×ごま B	・生揚げ	()	()
	・加工肉	・パン	・調味料	×ごま油 B	・油揚げ	()	()
	・つなぎ	・バター	()	〇ココア	・みそ	()	()
	・衣	・その他	()	〇チョコレート	・しょうゆ	・魚卵	・調味料
	・パン	()	()	・その他	・大豆油	()	()
A:微量でも 発症(油 の 共用不 可)	・めん	()	・その他	()	・その他	()	()
	・その他	()	()	()	()	()	()
	(うずら卵)		()	()	()	・貝	・その他
	()		()		()	()	()
B:量が少な ければ 発症しな い	()					()	()
						()	()
C:アナフィラキ シ-の既往 (発症年齢 は備考に 記入)							
症状発生時 の対応				内服薬の服用 (エピペンの使用)			
備考				ピーナッツは殻に 触れても症状が 出たことがある			

《保護者の方へ》

この調査票は、現在の家庭での食物アレルギー対応を保護者の方にご記入いただき給食の管理方法の対応をご相談させていただく面談の資料とします。

主治医に「学校生活管理指導表」の記入を依頼する際の、参考資料としてもご利用ください。

食物アレルギー調査票 [面談資料・食品]

記入日 令和 年 月 日

年 組 氏 名

	卵	牛乳 乳製品	小麦粉	種実 (ナッツ) 等	大豆	魚介	その他
幼保育園 小学校の 給食	除去食を 食べて いた いない						
(家庭での 食事状況) ○:摂取して いる ×:摂取して いない △:摂取した ことがない (発症の 状況) A:微量でも 発症(油の 共用不可) B:量が少な ければ 発症しない C:アナフィラキ シの既往 (発症年齢 は備考に 記入)	・鶏卵	・飲用牛乳	・パン	・ピーナッツ	・大豆	・えび	・果物
	・全卵	・調理用牛乳	・めん	・アーモンド	・おから	・かに	()
	・卵白	・生クリーム	・ケーキ	・カシューナッツ	・きなこ	・いか	()
	・卵黄	・チーズ	・ルウ	・くるみ	・納豆	・たこ	()
	・マヨネーズ	・ヨーグルト	・衣	・くり	・豆乳	・魚	・野菜
	・練り製品	・肉加工品	・大麦	・ごま	・生揚げ	()	()
	・加工肉	・パン	・調味料	・ごま油	・油揚げ	()	()
	・つなぎ	・バター	()	・ココア	・みそ	()	()
	・衣	・その他	()	・チョコレート	・しょうゆ	・魚卵	・調味料
	・パン	()	()	・その他	・大豆油	()	()
	・めん	()	・その他	()	・その他	()	()
	・その他	()	()	()	()	()	()
	(うずら卵)		()	()	()	・貝	・その他
	()		()		()	()	()
()					()	()	
症状発生時 の対応							
備考							

《保護者の方へ》

この調査票は、現在の家庭での食物アレルギー対応を保護者の方にご記入いただき、給食の管理方法の対応をご相談させていただく面談の資料とします。

主治医に「学校生活管理指導表」の記入を依頼する際の、参考資料としてもご利用ください。

食物アレルギー対応個人票



年 度						
学 年						
学級 (担任)						

(ふりがな) 児童生徒氏名		性別	男 ・ 女
【緊急時連絡先】	① (自宅・職場・携帯)	TEL	()
	② (自宅・職場・携帯)	TEL	()
	③ (自宅・職場・携帯)	TEL	()

主治医	病院名： 主治医名： 電話番号：					
生活管理指導表記入日	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月

緊急時指定病院	病院名： 電話番号：	診察券 No.
---------	---------------	---------

除去食品		※エピペンの処方 (ある ・ ない) ↓ <input type="checkbox"/> 処方されている数 () 本 <input type="checkbox"/> 保管場所・家庭 ・本人携帯 ・学校常時 () ・その他 ()	※食物によるアナフィラキシーをおこしたこと (ある ・ ない) ↓ <input type="checkbox"/> 回数 () 回 <input type="checkbox"/> 原因 () <input type="checkbox"/> 症状 ()
服薬等	[常 時] [緊急時]		
家庭での対応	【 年 月 日 】 (記入者名：) [症状発症時の対応]		
学校での対応	【 年 月 日 】 (記入者名：)		

対 応 の 経 過

症状・家庭での対応	年 月 日 (記入者名:)	年 月 日 (記入者名:)
	年 月 日 (記入者名:)	年 月 日 (記入者名:)
学校での対応	年 月 日 (記入者名:)	年 月 日 (記入者名:)
	年 月 日 (記入者名:)	年 月 日 (記入者名:)

その他の特記事項 ※要記入年月日

緊急時対応票

ふりがな 児童氏名		性別 生年月日	男 ・ 女 平成 年 月 日
--------------	--	------------	-------------------

- 食べた時刻 (時 分)
 ○食べたもの ()
 ○食べた量 ()
 ○症状が出た時刻 (時 分)
 ○保健室へ来た時刻 (時 分)
 ○処 置 (口のものを取り除く うがいをさせる ○ 手を洗わせる)
 (その他)

○症 状

段階	皮膚	消化器	呼吸器	循環器・神経
I	○体の一部にじんましん ○発赤・かゆみ	○口腔内の違和感 (口の中がイガイガ) ○軽度に唇や舌が腫れる		
II	○血管の浮腫 (目が腫れる等) ○全身にじんましん	上記に加えて ○悪心・嘔吐・腹痛	○鼻汁・鼻詰まり ○くしゃみ	○活動性の変化 (脱力感など、活動が鈍くなる)
☆ III	上記症状	上記に加えて ○反復して嘔吐	○のど・のどの奥の かゆみ、苦しい感じ	○脈が速くなる ○不安感の訴え
			○喘息 (呼吸がゼーゼー)	○頭痛・耳痛
IV	上記症状	上記に加えて ○下痢	○声がれ・せき ○呼吸苦 (返事程度の会話は可能) ○チアノーゼ(唇青色)	○不整脈 ○血圧の低下
V	上記症状	上記に加えて ○腸管機能不全	○呼吸困難 (会話も不可能) ○呼吸停止	○意識消失 ○心拍停止

☆IIIが緊急に受診を要請する段階であり、エピペン注射のタイミングでもある。

学校長へ報告

保護者へ連絡 → 連絡した先 :

TEL

(自宅・職場・携帯)

医師に相談

食物アレルギー対応カード

3月15日	30 江戸川区立西葛西小学校	代替持参
年 組	西葛西 太郎	
献立名	さばのみそ煮H	
除去したアレルゲン	さば 青魚	

食物アレルギー対応カード

3月16日	30 江戸川区立西葛西小学校	代替持参
年 組	西葛西 太郎	
献立名	ししゃものガーリック焼きH	
除去したアレルゲン	魚卵	

食物アレルギー対応カード

3月18日	30 江戸川区立西葛西小学校	代替持参
年 組	西葛西 太郎	
献立名	ぶりのおろしだれ焼きH	
除去したアレルゲン	青魚	

食物アレルギー対応カード

3月19日	30 江戸川区立西葛西小学校	通常献立
年 組	西葛西 太郎	
献立名	小松菜と卵のスープ	
除去したアレルゲン	卵	

食物アレルギー対応カード

3月19日	30 江戸川区立西葛西小学校	通常献立
年 組	西葛西 太郎	
献立名	じゃこチャーハン	
除去したアレルゲン	卵	

食物アレルギー対応カード

献立名		
除去したアレルゲン		

食に関する教育活動で使用する食品表

年 組 児童名 ()							
アレルギー							
教科/活動							
活動日		令和 年 月 日 ()			校時		
料理名/食品名		保護者確認欄 (○をつける)		保護者印	印		
[]		食べること	イソマル 服用可	触れること			
・		可・不可・不明		可・不可・不明			
・		可・不可・不明		可・不可・不明			
・		可・不可・不明		可・不可・不明			
[]		食べること	イソマル	触れること			
・		可・不可・不明		可・不可・不明			
・		可・不可・不明		可・不可・不明			
・		可・不可・不明		可・不可・不明			
[]		食べること	イソマル	触れること			
・		可・不可・不明		可・不可・不明			
・		可・不可・不明		可・不可・不明			
・		可・不可・不明		可・不可・不明			
活動内容決定欄(担当者が記入)							
決裁欄	校長	副校長	供覧	養護教諭	栄養士	担任	起案者 (担当者)
	印	印		印	印	印	印

投 薬 指 示 書

年 組 名前 _____

病院名			
処方日			
① 薬品名	投薬の注意事項・その他連絡事項		
投薬の種類	錠剤	粉末	その他
個数			
② 薬品名	投薬の注意事項・その他連絡事項		
投薬の種類	錠剤	粉末	その他
個数			
③ 薬品名	投薬の注意事項・その他連絡事項		
投薬の種類	錠剤	粉末	その他
個数			

緊急時、上記の薬品の投与を西葛西小学校へ依頼します

令和 年 月 日

保護者氏名 _____

緊急連絡先		
名 前	続柄	連絡先(電話番号等)
①		
②		
③		
緊急時の希望病院		
病 院 名	連絡先	
①		
②		
③		

- 緊急時の希望病院はその日により受け入れがない場合もありますので、あくまでも希望であつて、それに準じない場合もあります。ご了承ください。

