

食物アレルギー対応マニュアル

平成26年	4月 1日	作成
平成27年	3月20日	改定
平成28年	3月25日	改定
平成28年	8月25日	改定
平成30年	4月23日	改定
令和元年	7月16日	改定
令和3年	4月 1日	改定
令和4年	4月 1日	改定



御宿町教育委員会

I 学校での食物アレルギー対応の流れ

1 実態把握及び取組プランの作成

① 「食物アレルギーに関する調査表」で食物アレルギー疾患を持つ児童生徒を把握する。

◇「食物アレルギーに関する調査表」(様式1、P16)を活用し、調査を行う。

- ・小学校新入生は就学時健康診断で説明後、調査表配布し、記入後、その日のうちに回収する。
- ・中学校新入生は、小学校で配布し、回収する。
- ・在校生には2学期中に返却し、回収する。

◇認定こども園、小学校、中学校間の情報共有に努める。

② 保護者へ「学校生活管理指導表」と「食物アレルギー対応調査表」を配付する。

◇様式1で食物アレルギーが「ある」と答えた保護者に対して「学校生活管理指導表」(様式2、P17~20)と「食物アレルギー対応調査表」(様式3、P21・22)を配付し、1月末までに再提出を依頼する。

◇保護者は、「学校生活管理指導表」を医師に記載してもらい、学校に提出する。(主治医宛ての文書を添付)

③-1 提出した保護者と個別面談を行い、上記①②の内容を確認する。

◇面談は管理職、養護教諭、栄養士等が行う。「保護者面談確認表」(様式4、P23)をもとに確認、協議する。校長の判断により、必要に応じて他の職員が加わる。小学校6年生の児童については、就学先の中学校にて上記面談を行う。

③-2 「食物アレルギー個別支援プラン」(案)を作成する。

◇「食物アレルギー個別支援プラン(案)」(様式5、P24)は、養護教諭と栄養士等が作成する。

◇作成した「食物アレルギー個別支援プラン(案)」を勝浦市栄養士等へ送付し、一覧表を配布してもらう。

④ 「食物アレルギー対応委員会」で、支援プラン(案)を検討し、支援プランを決定する。

◇「食物アレルギー対応委員会」は校長、教育課長、養護教諭、栄養士等、学級担任(学年主任)で構成する。

※必要があれば学校医、教育委員会担当者等も加わる。

※原則として新年度の早い時期に実施する。必要があれば、随時行う。

必要に応じて
具体的な内容の調整を行う。

⑤ 保護者に確認を行う。

◇保護者に内容を確認してもらい、個別支援プラン(様式5)に押印してもらう。

⑥ ④で決定した取組プランを全ての教職員に周知徹底する。

※薬(エピペン[®]、他)の保管場所を職員で共通確認する。

⑦ 対応を開始する。

◇養護教諭や栄養士等は該当児童生徒への個別指導を併せて開始する。

⑧ 評価・見直しを行い、その結果を新年度に確認する。

◇「御宿町食物アレルギー対応委員会」を開催し、対応状況の評価・見直しを行う。また、必要に応じてマニュアルを改善する。

目 次

I 学校での食物アレルギー対応の流れ

1 実態把握及び取組プランの作成	1
2 食物アレルギーに関する調査表の記入について	2
3 学校生活管理指導表の記入について	3～6
4 食物アレルギー個別支援プランの記入について	7

II 食物アレルギーについての理解（職員研修）

8

III 保護者との面談について

9

IV 食物アレルギーの児童生徒への学校給食の提供について

レベル1 通常の献立表対応	10
レベル2 詳細な献立表対応	10
レベル3 弁当対応	11

V 学校給食以外での留意点

12

VI 緊急時の対応

1 緊急時の対応モデル	13
2 食物アレルギー症状チェックシート	14
3 エピペン®の使い方	15

資料編

様式1 食物アレルギーに関する調査表	
様式2 学校生活管理指導表（食物アレルギー疾患用）	
様式3 食物アレルギー対応調査表	
様式4 保護者面談確認表	
様式5 食物アレルギー個別支援プラン	
様式6 予定献立表（確認用）	
様式7 主治医宛ての文書	
様式8 保護者の方へ 学校給食の食物アレルギー対応レベルについて	

2 食物アレルギーに関する調査表の記入について

様式 1


氏 名	性 別
	男・女

保 護 者 氏 名

*この調査票は、9年間使用します。変更のあった時は朱書きで訂正し、その脇に年月日の記載をお願いします。

*該当する学年欄に記入日を書き、保護者印を押して提出してください。

質問1. 食物アレルギーはありますか。

- () ない  以上で終わりです。
 () ある (乳糖不耐症を含む)

「ある」と回答した方のみ記入してください。

以下の質問にお答えください。また、学校生活管理指導表と食物アレルギー対応調査表を配付しますので、記入後、学校に提出してください。

質問2. 食物アレルギーの原因となる食物は何ですか。

()

質問3. 現在、除去している食物はありますか。

- () ない
 () ある 食品名 ()

質問4. 今まで、どのような症状が出ましたか。

- () じんましん () 下痢
 () 吐き気
 () アナフィラキシーショック
 () その他 ()

質問5. 食物を除去しているのは、医師の指示ですか。

- () 医師の指示による
 () 医師の指示ではなく、保護者の判断による
 () その他 ()

質問6. エピペン®を処方されていますか。

- () いない
 () いる → 何本処方されていますか。() 本)
 () 家庭で保管している。
 () 学校や園で保管している。
 () 本人が携帯している。
 () その他

質問7. エピペン®以外で、アレルギーに関係して学校に持参する必要のある薬がありますか。

- () ない
 () ある 薬品名 ()

質問8. その他、心配なことがありましたらお書きください。

()

学年・組	記入日	保護者印
小学校新1年 組 番	年 月 日	
" 新2年 組 番	年 月 日	
"		
"		
中学		
"		
"		

様式1の記入について

○毎年、入学予定者や全校児童生徒に配付します。入学予定者については、次の行事の際に回収します。

- ・小学校:就学時健康診断
- ・中学校:小学校で配布し、回収する。

○この調査表は繰り返し使用します。在校生には2学期中に返却し、回収します。

○保護者が記入し、提出します。

○在校生には昨年度提出した調査表を返却し、変更がある場合には赤字で修正し、日付を記入して提出してもらいます。変更がない場合はそのまま提出してもらいます。

○この調査表をもとに対応が必要な児童生徒の保護者には学校生活管理指導表と食物アレルギー対応調査表を配付します。

追加記載欄について

学年	受診日	病型/治療	学籍生活上の留意点	記入は医師	学年	受診日	病型/治療	学籍生活上の留意点	記入は医師
年生	年 月 日	1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容:	1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容:	様式2 裏面の記載について ○こちらの面は追加記載欄です。 ○収録者が医師に記述を依頼します。 ○受診日、医師名の記入、押印をお願いします。 ○表面の記載内容に変更がない場合は、変更1に○を付けてください。 ○記載内容に変更がある場合は、変更内容を記載してください。 ○毎年、繰り返し使用します。	年生	年 月 日	1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容:	1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容:	医療機関名: 医師名:
年生	年 月 日	1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容:	1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容:		年生	年 月 日	1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容:	1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容:	医療機関名: 医師名:
年生	年 月 日	1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容:	1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容:		年生	年 月 日	1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容:	1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容:	医療機関名: 医師名:
年生	年 月 日	1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容:	1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容:		年生	年 月 日	1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容:	1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容:	医療機関名: 医師名:
年生	年 月 日	1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容:	1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容:		年生	年 月 日	1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容:	1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容:	医療機関名: 医師名:

氏名	性別	生年月日
		年 月 日

※Ⅰ～Ⅲは、医師の診断に基づき、原則として、○印及び

Ⅰ～Ⅲは医師が作成した学校生活管理指導表を確認し、記入します。

Ⅰ 原因食物

鶏卵・乳・小麦・そば・ピーナッツ・種実類、木の実 ()
 甲殻類 () ・果物類 () ・魚 ()
 肉 () その他 ()

Ⅱ 食物アレルギーの病型

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
-----	------------	-------------------

Ⅲ アナフィラキシー病型

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	その他
原因食物	原因食物	

確認	保護者印	担任印	校長印
学校生活管理指導表や食物アレルギー対応調査表および保護者との面談に基づき作成します。			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日	保護者が内容を確認した後、押印してもらいます。		
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			

項目	チェック欄	具体的な配慮と対応
学校における配慮	給食	レベル _____ 対応
	食物・食材を扱う授業・活動	
	運動 (体育・部活動等)	
	宿泊を伴う校外活動	
	持参薬	
エピペン® の保管		

学校給食の対応レベルは10、11ページ参照

学校生活管理指導表の「学校生活上の留意点」欄を確認し、記入します。

緊急時の対応について
注意すべき症状
緊急時の対応：上記の症状が出た場合 <input type="checkbox"/> 主治医へ連絡する <input type="checkbox"/> 救急車をすぐに呼ぶ <input type="checkbox"/> その他 ()
消防機関への情報登録 → 有 ・ 無
緊急時に搬送できる医療機関 → 有 ・ 無 有の場合 医療機関名： 主治医名： 連絡先：
保護者の緊急連絡先 ① ② ③

【その他】

※ 変更がない場合は、押印する。上記の内容に変更がある場合は朱書きし、その脇に年月日の記載をする。

Ⅱ 食物アレルギーについての理解（職員研修）

アレルギー疾患には、食物アレルギーだけでなく、気管支喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性結膜炎、アレルギー性鼻炎等、様々なものがあります。また、その症状も児童生徒ごとに多様であることを理解しなければなりません。

アレルギー疾患に対する取組のポイントを参考に、職員のアレルギーに対する知識の向上を図り、症状を発症しないような環境作りや、緊急時の速やかな対応を誰もが行えるようにするためには、定期的な職員研修が必要です。

- 各疾患の特徴をよく知ること
 - 個々の児童生徒の症状等の特徴を把握すること
 - 症状が急速に変化するを理解し、日頃から緊急時の対応への準備を行っておくこと
- 「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」（公益財団法人日本学校保健会）より

職員研修では、以下のような内容を行うことが必要です。

職員研修のポイント

1 事前の対応

(1) 基本的な知識・理解

①食物アレルギーとは

定義・頻度・原因・症状・治療

②アナフィラキシーとは

定義・頻度・原因・症状・治療

2 日常の対応（御宿町のマニュアルの確認）

(1) 給食での配慮事項（調理場や保護者との連携）

(2) 給食以外での配慮事項

(3) 食育を通して、他の児童生徒への説明・協力

(4) 認定こども園、小学校、中学校等、異なる学校段階での連携

(5) 該当児童生徒に対する個別指導

（家庭と連携して食べて良いもの、
いけないものを自覚させる）

3 緊急時の対応

(1) 発症時の症状と対応の仕方（教職員の役割分担）

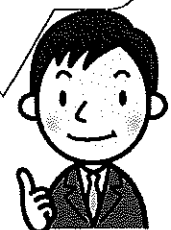
(2) 緊急対応訓練（シミュレーション研修、 消防機関や医療機関との連携）

(3) エピペン®の保持者と保管場所の確認

(4) エピペン®の使い方（実技研修）

(5) 発症後の児童生徒の心のケア

アレルギー反応により、皮膚症状、
消化器症状、呼吸器症状が、複数同
時にかつ急激に出現した状態を
アナフィラキシーと言います。



アドレナリン自己注射薬
（エピペン®）は、アナフ
ィラキシーを起こす危険
が高く、万一の場合に直ち
に医療機関での治療を受
けられない状況下にある
者に対し、事前に医師が処
方する自己注射薬です。

Ⅲ 保護者との面談について

保護者との面談のねらいは、対象の児童生徒の情報を詳細に得ること、そして、保護者に学校給食の提供までの流れや学校及び調理場の現状を理解してもらうことです。

そこで、保護者との面談のポイントとして、次のような事柄が考えられます。

保護者との面談のポイント

1 食物アレルギーに関する調査表（様式1）及び学校生活管理指導表（様式2）、食物アレルギー対応調査表（様式3）に基づく確認をする。

○食物アレルギーの病型、アナフィラキシー病型、原因食物、過去に経験した具体的な食物アレルギー症状、家庭での様子、搬送医療機関、主治医名、エピペン®所持の有無、緊急時対応、緊急連絡先、消防署との情報共有への同意等

2 保護者からの要望事項を聞きとる。

3 御宿町の食物アレルギーに対する基本的な考え方を示す。

○本人の安全を第一に考えている。

○他の児童生徒と同じように給食を楽しめることを目指している。

○全ての教職員で対応している。

○本人・保護者の了解の下、同じクラスの児童生徒の理解、協力を得ている。

4 御宿町の状況を説明し、理解を求める。

○現状のアレルギー対応について

○調理場の能力及び環境について

○個別の取組プランの内容について

御宿町の食物アレルギーに対する基本的な考え方や御宿町の状況を説明し、保護者の理解を得ることが大切です。



Ⅳ 食物アレルギーの児童生徒への学校給食の提供について

レベル1 通常の献立表対応



献立表を基に保護者や担任などの指示、または児童生徒自身の判断で、学校給食から原因食品を除外しながら食べる対策。すべての対応の基本であり、レベル2，3でも実施する。

※レベル1対応のポイント

- 1 栄養士は、食材納入業者にアレルギー食品に関する資料の提供を依頼し、通常の献立表を作成する。
- 2 栄養士は、アレルギー対応する児童生徒の原因食物にマーカーをする。記載漏れや間違いがないよう複数の関係者が確認する。
- 3 保護者と児童生徒は配付された献立表を確認し、喫食の有無及び代替品の持参について献立表に記入し学級担任に提出する。(学級担任は提出された献立表をコピーして保護者へ返送する。)
- 4 養護教諭(栄養教諭等)は内容について、校内及び給食センターと共通理解を図る。学級担任・学年職員・養護教諭は除去する食品や弁当で代用する給食内容を日々確認する。担任が不在の場合の対応を明確にしておく。

レベル2 詳細な献立表対応

学校給食の原材料を詳細に記入した献立表を家庭に事前に配付し、それを基に保護者や担任などの指示、または児童生徒自身の判断で、学校給食から原因食品を除外しながら食べる対策。

※レベル2対応のポイント

- 1 栄養士は、食材納入業者にアレルギー食品に関する資料の提供を依頼し、詳細な献立表を作成する。
- 2 栄養士は、アレルギー対応する児童生徒の原因食物にマーカーをする。記載漏れや間違いがないよう複数の関係者が確認する。なお、調味料等に極微量に含まれる原因食品や、加工食品の原材料の欄外標記(注意喚起表示)についてはマーカーをしない。
- 3 保護者と児童生徒は配付された詳細な献立表を確認し、喫食の有無及び代替品の持参について献立表に記入し学級担任に提出する。(学級担任は提出された献立表をコピーして保護者へ返送する。)
- 4 養護教諭(栄養教諭等)は内容について、校内及び給食センターと共通理解を図る。学級担任・学年職員・養護教諭は除去する食品や弁当で代用する給食内容を日々確認する。担任が不在の場合の対応を明確にしておく。

レベル3 弁当対応

完全弁当対応：全ての学校給食に対して弁当を持参させる。

※レベル3対応のポイント

- 1 保護者と連携し、事前に弁当で代用するものを決める。
- 2 弁当を給食時間まで安全で衛生的に管理する。

弁当対応の考慮対象

極微量の原因食物でアナフィラキシーを発症する可能性が高い児童生徒へは、給食の提供はしない。

1 調味料・だし・添加物の除去が必要

卵殻カルシウム（鶏卵）、乳糖・乳清焼成カルシウム（牛乳）、しょうゆ・みそ（小麦、大豆）、酢（小麦）、大豆油（大豆）、ゴマ油（ゴマ）、かつおだし・いりこだし・魚しょう（魚類）、エキス（肉類）

2 加工食品の原材料の欄外標記（注意喚起表示）の表示がある場合についても除去指示がある

（注意喚起例）

○同一工場、製造ライン使用によるもの

「本品製造工場では○○（特定原材料等の名称）を含む製品を製造しています。」

○原材料の採取方法によるもの

「本製品で使用しているしらすは、えび、かにが混ざる漁法で採取しています。」

○えび、かにを捕食していることによるもの

「本製品（かまぼこ）で使用しているイトヨリダイは、えび、かにを食べています。」

3 多品目食物除去が必要

4 食器や調理器具の共用ができない

5 油の共用ができない

6 その他、上記に類似した学校給食で対応が困難と考えられる状況

※1～6に該当する場合、主治医にそこまでの対応が必要であるかを改めて確認することが望まれる。

◎勝浦市学校給食共同調理場では、除去食と代替食には対応できません。

V 学校給食以外での留意点



【食物・食材を扱う授業・活動】

◇微量の摂取・接触により発症する児童生徒は、食べるだけでなく、吸い込む、触れることも発症の原因となるので、個々の児童生徒に応じたきめ細かな配慮が必要である。

- 調理実習 ○牛乳パックの洗浄 ○ソバ打ち体験 ○豆まき ○落花生の栽培
- うどん、パン作り ○みそ作り ○小麦粘土を使った授業など

【運動】食物依存性運動誘発アナフィラキシー



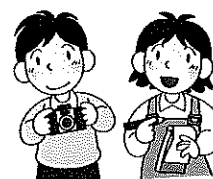
原因食品の摂取と運動の組合せでアナフィラキシー症状を起こすことを食物依存性運動誘発アナフィラキシーといいます。多くの場合、原因となる食品を摂取して2時間以内に一定量の運動（昼休みの遊び、体育や部活動など）をすることにより、発症します。

◇運動前4時間以内は原因食品の摂取を避ける。

◇原因食品を食べた場合、以後4時間の運動は避ける。



【宿泊を伴う校外活動】



◇保護者や宿泊先と事前に十分情報を交換する。

◇参加する教職員全員が、どの児童生徒に、どんな食物アレルギーがあるか、知っておく。

◇食事や弁当のおかず、おやつなどを交換しないように指導する。

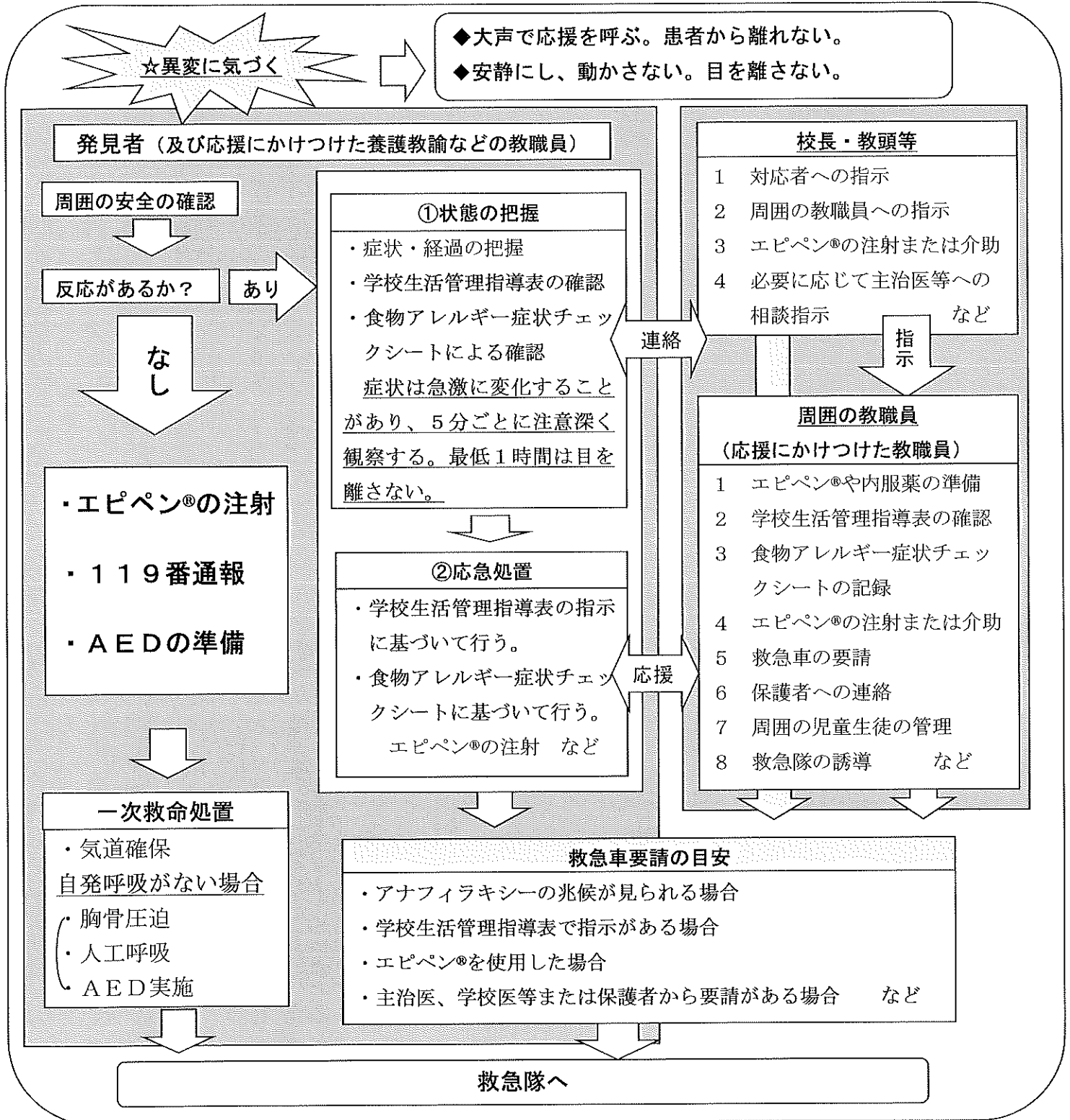
◇万一の場合を想定し、搬送する医療機関などを事前に調査しておく。

◇万一発症した場合の対応を事前に保護者・本人・主治医・学校医と十分に話し合っておく。

VI 緊急時の対応

アナフィラキシーは非常に短時間のうちに重篤な状態に至ることがあります。教職員の誰が発見者になった場合でも適切な対応がとれるように全員が情報を共有し、常に準備をしておく必要があります。

1 緊急時の対応モデル



2 食物アレルギー症状チェックシート

発生年月日 年 月 日

年 組 氏名

□観察開始(時 分) □薬の服用(時 分) □エピペンの注射(時 分)

	グレード3	グレード2	グレード1
全身	<input type="checkbox"/> ぐったり (時 分) <input type="checkbox"/> 意識もうろう (時 分) <input type="checkbox"/> 尿や便を漏らす (時 分) <input type="checkbox"/> 脈が触れにくいまたは不規則 (時 分) <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い (時 分)	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>◇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。</p> </div>	
呼吸器	<input type="checkbox"/> のどや胸が締め付けられる(時 分) <input type="checkbox"/> 声がかすれる (時 分) <input type="checkbox"/> 息がしにくい (時 分) <input type="checkbox"/> 持続する強い咳き込み (時 分) <input type="checkbox"/> 犬が吠えるような咳 (時 分) <input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸 (時 分)	<input type="checkbox"/> 数回の軽い咳 (時 分)	
消化器	<input type="checkbox"/> 持続する強い(がまんできない)お腹痛みの痛み (時 分) <input type="checkbox"/> 繰り返し吐き続ける (時 分)	<input type="checkbox"/> 明らかな腹痛 (時 分) <input type="checkbox"/> 複数回の嘔吐 (時 分) <input type="checkbox"/> 複数回の下痢 (時 分)	<input type="checkbox"/> 我慢できる弱い腹痛 (時 分) <input type="checkbox"/> 吐き気 (時 分)
目口鼻顔	<div style="border: 2px solid black; border-radius: 25px; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>グレード3の症状が1つでもあてはまる場合、エピペン®を注射する。</p> </div>		
皮膚	<input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ (時 分) <input type="checkbox"/> まぶたの腫れ (時 分)	<input type="checkbox"/> 強いかゆみ (時 分) <input type="checkbox"/> 全身性の赤み (時 分) <input type="checkbox"/> 全身のじんましん(時 分)	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ、充血 (時 分) <input type="checkbox"/> 唇の腫れ (時 分) <input type="checkbox"/> 口のかゆみ、違和感(時 分) <input type="checkbox"/> 喉のかゆみ、違和感(時 分) <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、鼻づまり (時 分)
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>上の症状が1つでもあれば以下の対応を行う。</p> </div>		<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>上の症状が1つでもあれば以下の対応を行う。</p> </div>	
対応	<input type="checkbox"/> エピペン®の注射 (迷ったらエピペン®の注射) <input type="checkbox"/> 救急車の要請 <input type="checkbox"/> 内服薬の使用 (反応がなく、呼吸がなければ) <input type="checkbox"/> 胸骨圧迫 <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> AED実施	<input type="checkbox"/> 内服薬の使用 <input type="checkbox"/> エピペン®の準備 <input type="checkbox"/> 医療機関の受診 (迷ったら救急車要請) <input type="checkbox"/> グレード3の症状の有無を注意深く観察し、1つでもあてはまる場合はエピペン®を使用する。	<input type="checkbox"/> 安静にして経過観察 <input type="checkbox"/> 内服薬の使用 <input type="checkbox"/> 医療機関の受診

「食物アレルギー緊急時対応マニュアル」(東京都健康安全研究センター)より改変

3 エピペン®の使い方

【エピペン®の使用手順】

①オレンジ色の先端を下に向け、
エピペン®を利き手でしっかり握る。



②もう片方の手で青色の安全キャップを外す。



③太ももの前外側に垂直になるように
オレンジ色の先端をあてる。



④パチンと音がするまで
強く押し付け、数秒間待つ。
「1、2、3、4、5」



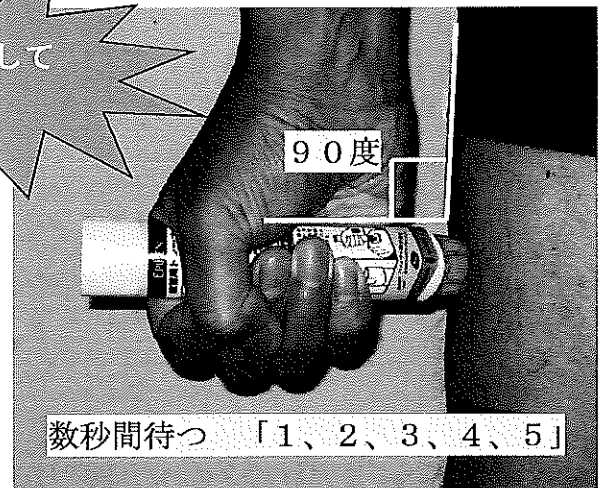
⑤垂直に引き抜き、オレンジ色が伸びていれば
完了。伸びていない場合は再度①②③④を行う。



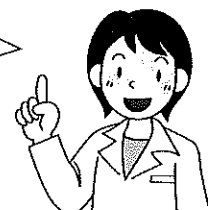
⑥注射した部位を10秒間マッサージする。



⑦使用済みのエピペン®は、オレンジ色側から
ケースに戻し、使用後は救急隊に渡す。



緊急の場合には、
衣服の上からでも注射できる。



エピペン®は、本人、もしくは保護者が自ら注射する
目的で作られたものです。

しかし、エピペン®が手元にありながら、症状によつ
ては児童生徒が自己注射できない場合も考えられま
す。

救命の現場に居合わせた教職員が、エピペン®を自ら
注射できない状況にある児童生徒に代わって注射する
ことは、医師法違反になりません。

人命救助の観点から、緊急時に備えて教職員の誰もが
がエピペン®を使用できるようにしておくことが大切
です。

資料編



- 様式 1 食物アレルギーに関する調査表
- 様式 2 学校生活管理指導表（食物アレルギー疾患用）
- 様式 3 食物アレルギー対応調査表
- 様式 4 保護者面談確認表
- 様式 5 食物アレルギー個別支援プラン
- 様式 6 予定献立表（確認用）
- 様式 7 主治医宛ての文書
- 様式 8 保護者の方へ 学校給食の食物アレルギー対応レベルについて

食物アレルギーに関する調査表

氏 名	性 別
	男・女

保 護 者 氏 名

*この調査票は、9年間使用します。変更のあった時は朱書きで訂正し、その脇に年月日の記載をお願いします。

*該当する学年欄に記入日を書き、保護者印を押して提出してください。

質問1. 食物アレルギーはありますか。
 ない 以上で終わりです。
 ある (乳糖不耐症を含む)

「ある」と回答した方のみ記入してください。

以下の質問にお答えください。また、学校生活管理指導表と食物アレルギー対応調査表を配付しますので、記入後、学校に提出してください。

学年・組	記入日	保護者印
小学校新1年 組 番	年 月 日	
" 新2年 組 番	年 月 日	
" 新3年 組 番	年 月 日	
" 新4年 組 番	年 月 日	
" 新5年 組 番	年 月 日	
" 新6年 組 番	年 月 日	
中学校新1年 組 番	年 月 日	
" 新2年 組 番	年 月 日	
" 新3年 組 番	年 月 日	

質問2. 食物アレルギーの原因となる食物は何ですか。
)

質問3. 現在、除去している食物はありますか。
 ない
 ある 食品名 ()

質問4. 今まで、どのような症状が出ましたか。
 じんましん 下痢
 吐き気
 アナフィラキシーショック
 その他 ()

質問5. 食物を除去しているのは、医師の指示ですか。
 医師の指示による
 医師の指示ではなく、保護者の判断による
 その他 ()

質問6. エピペン®を処方されていますか。
 いない
 いる →

何本処方されていますか。() 本)
どこに保管していますか。() 家庭で保管している。
() 学校や園で保管している。
() 本人が携帯している。
() その他

質問7. エピペン®以外で、アレルギーに関係して学校に持参する必要がある薬がありますか。
 ない
 ある 薬品名 ()

質問8. その他、心配なことがありましたらお書きください。
)

御宿町 学校生活管理指導表 (アレルギ一疾患用)

学校名	小学校						中学校		
	1	2	3	4	5	6	1	2	3
学年									
組									
氏名	男 ・ 女								

町内小中学校では、アレルギ一疾患があり、学校生活において配慮や管理が必要なお子様を、より安心で安全に過ごしていただくための対応を、保護者の方と一緒に考えていきたいと思っております。

そのためには、医師の診断に基づいた情報を把握する必要があります。

つきましては、学校生活管理指導表を提出していただきますよう、よろしく願いたします。

御宿町教育委員会

学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)

名前 _____ 年 _____ 組 _____ 年 _____ 月 _____ 日 提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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

病型・治療		学校生活上の留意点	
A アナフィラキシー 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 (あり・なし)		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適切な除去が必要なものである場合、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。 ※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・乳清凝成カルシウム 小麦：澱粉・酢・味噌 大豆：大豆油・醤油・味噌 コマ：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)	
アナフィラキシー (あり・なし)		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____	
食物アレルギー (あり・なし)		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) 1. ステロイド吸入薬 () () 2. ステロイド吸入薬/長時間作用性吸入ベータ2刺激薬配合剤 () () 3. その他 () () B-2 長期管理薬(内服) 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 () () 2. その他 () () B-3 長期管理薬(注射) 1. 生物学的製剤 () () C 発作時の対応 1. ベータ2刺激薬吸入 () () 2. ベータ2刺激薬内服 () ()		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)	
気管支ぜん息 (あり・なし)		緊急時連絡先 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 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:面癢に関わらず、軽度の皮膚の皮疹のみ見られる。 2. 中等症:強い炎症を伴う皮膚が体表面積の10%未満に見られる。 3. 重症:強い炎症を伴う皮膚が体表面積の10%以上、30%未満に見られる。 4. 最重症:強い炎症を伴う皮膚が体表面積の30%以上に見られる。 *軽度の皮疹:軽度の紅斑、乾燥、痒感、痒疹主体の病変 *強い炎症を伴う皮膚: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. タタロリムス軟膏 (「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		学校生活上の留意点 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. 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)		年 月 日 医師名 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 ()		学校生活上の留意点 A プール指導 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(自由記述)		年 月 日 医師名 医療機関名	
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. 鼻噴霧用ステロイド薬 3. 舌下免疫療法(ダニ・スギ) 4. その他 ()		学校生活上の留意点 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(自由記述)		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を学校を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 _____

追加記載欄について

学年		受診日		病型・治療		学校生活上の留意点		記入は医師		病型・治療		学校生活上の留意点		記入は医師	
年	生	年	月	日	内容： 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり	内容： 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり	医師機関名： 医師名：◎	医師機関名： 医師名：◎	年	月	日	内容： 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり	内容： 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり	医師機関名： 医師名：◎	医師機関名： 医師名：◎
年	生	年	月	日	内容： 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり	内容： 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり	医師機関名： 医師名：◎	医師機関名： 医師名：◎	年	月	日	内容： 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり	内容： 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり	医師機関名： 医師名：◎	医師機関名： 医師名：◎
年	生	年	月	日	内容： 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり	内容： 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり	医師機関名： 医師名：◎	医師機関名： 医師名：◎	年	月	日	内容： 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり	内容： 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり	医師機関名： 医師名：◎	医師機関名： 医師名：◎
年	生	年	月	日	内容： 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり	内容： 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり	医師機関名： 医師名：◎	医師機関名： 医師名：◎	年	月	日	内容： 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり	内容： 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり	医師機関名： 医師名：◎	医師機関名： 医師名：◎
年	生	年	月	日	内容： 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり	内容： 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり	医師機関名： 医師名：◎	医師機関名： 医師名：◎	年	月	日	内容： 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり	内容： 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり	医師機関名： 医師名：◎	医師機関名： 医師名：◎

2 希望する給食対応の内容に✓をつけてください。

- A 給食の対応は希望しない
- B 食物アレルギーのため給食を全面停止したい（弁当持参）
- C 食物アレルギー等のため飲用牛乳を停止したい
- D 食物アレルギーのためアレルゲンを含む食品は食べない
- E 食物アレルギーのため詳細な献立表を配付してほしい

3 食物アレルギーに関する調査

【該当するところに✓、または該当する内容を記入してください】

(1) いつごろから症状がでましたか。

() 歳頃から

(2) 今まで、どのような症状がでましたか。

- 発疹 じんましん 下痢 吐き気 ぜんそく
- アナフィラキシー アナフィラキシーショック その他 ()

※アナフィラキシー症状の経験がある場合にお答えください。

(回数： 回，最後の発症年月日： 年 月，原因食物：)

(3) 運動により症状を発症したことはありますか。

いいえ

はい→食事との関連はありますか。

- 食事との関連がある 食事との関連はない

(4) 現在、食物アレルギーの治療のために、使用している薬はありますか。

ない

ある

ア 薬品名を記入してください。

内服薬： () 吸入薬： () 外用薬： ()

注射薬： () その他： ()

イ 学校に、薬の携帯を希望しますか。

希望しない

希望する： (薬剤名：)

ウ お子様で自分で薬の管理ができますか。

管理できない

管理できる

(5) 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食品はありますか。

いいえ

はい (食品名：)

(6) お子様の食物アレルギーについて、学校の給食等で心配なことがありましたら、記入してください。

- この調査表に記載された内容については、本校の全職員及び学校給食センター職員が共有し、学校のアレルギー対応のために活用します。

保護者面談確認表 [児童生徒名： _____ 年 _____ 組 _____] 様式 4

記入年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

出席者	保護者：	学校：
-----	------	-----

1 アナフィラキシー発症状況の確認 あり なし

(※アナフィラキシー「あり」の場合)

- 回数 (_____ 回) 最後の発症年月 (_____ 年 _____ 月 _____ 日) 発症の原因食物 (_____)
- 発症時の具体的な症状 (_____)
- 医師から注意するように言われている症状 (_____)
- アナフィラキシーショックの有無 (有 ・ 無)

2 緊急時に備えた処方薬の確認 あり なし

※学校生活管理指導表の「病型・治療」D緊急時に備えた処方薬で1～3のいずれかに○がついている場合児童生徒自身で、管理ができるか

- はい
 - いいえ ⇨
- 保護者との協議内容

3 学校生活上の留意点

※「学校生活上の留意点」にて「管理必要」に○がついている場合

<input type="checkbox"/> 1 給食の対応
<input type="checkbox"/> 2 食物・食材を扱う授業・教材
<input type="checkbox"/> 3 運動(体育・部活動等)
<input type="checkbox"/> 4 宿泊を伴う校外活動
<input type="checkbox"/> 5 その他の配慮事項・管理事項

4 緊急時連絡先

- 通院している医療機関 _____ → 【 緊急時受入：可・不可 】
(機関名： _____ 診察科： _____ 担当医名： _____ 電話 _____)
- 緊急時に搬送できる医療機関
(機関名： _____ 診察科： _____ 担当医名： _____ 電話 _____)
- 保護者連絡先 (_____)

5 その他 保護者との協議事項

氏名	性別	生年月日
	男・女	平成 年 月 日

※Ⅰ～Ⅲは、医師が作成する学校生活管理指導表をもとに、○印及び原因食品を記入する。

Ⅰ 原因食物

鶏卵・乳・小麦・そば・ピーナッツ・種実類、木の实 ()
甲殻類 () ・果物類 () ・魚 ()
肉 () その他 ()

Ⅱ 食物アレルギーの病型

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
-----	------------	-------------------

Ⅲ アナフィラキシー病型

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	その他
原因食物	原因食物	

確認日	保護者印	担任印	校長印
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			

項目	チェック欄	具体的な配慮と対応
		レベル _____ 対応
学校における配慮	給食 (対応レベルの内容は別紙参照)	
	食物・食材を扱う授業・活動	
	運動 (体育・部活動等)	
	宿泊を伴う校外活動	
	持参薬	
	エピペン® の保管	

【その他】

※ 変更がない場合は、押印する。上記の内容に変更がある場合は朱書きし、その脇に年月日の記載をする。

緊急時の対応について
注意すべき症状
緊急時の対応：上記の症状が出た場合 <input type="checkbox"/> 主治医へ連絡する <input type="checkbox"/> 救急車をすぐに呼ぶ <input type="checkbox"/> その他 ()
消防機関への情報登録 → 有 ・ 無
緊急時に搬送できる医療機関 → 有 ・ 無 有の場合 医療機関名： 主治医名： 連絡先：
保護者の緊急連絡先 ① ② ③

2月 よていこんだてひょう

様式6

令和 2 年度

豊浦市学校給食共同調理場

日 曜	こんだてめい	おもなざいりょう			食べるもの (○) 食べないもの (×)	代替食 を特 定する (○)
		ちやにくになるもの あ か	なつやちからになるもの き いろ	からだのちようしをよくするもの み どり		
1 月	牛乳	ごはん		こめ		
		カレー・ハムロールフライ	ぶたにく・とり	じゃがいも・パンこ・あぶら	たまねぎ・にんじん	
		スープぎょうざ	ぎょうざ	あぶら	ねぎ・もやし・たけのこ・たまねぎ	
		ひじきのかんこくナムル	ひじき	ドレッシング	にんじん・きゅうり	
2 火	牛乳	むぎごはん		こめ・むぎ		
		いわしのうめ	いわし	さとう・かたくりこ	うめ	
		かきたまじる	たまご・とうふ・なるとく・きわめ	かたくりこ	にんじん	
		わふうマカロニサラダ	だいず・かつおぶし	マカロニ・マヨネーズ(卵不使用)	たまねぎ・キャベツ・パプリカ・しめじ	
3 水	牛乳	せわりコッペパン		パン		
		あつまきたまごウインナー	たまご・ウインナー			
		やきそば	ぶたにく	めん・あぶら	キャベツ・たまねぎ・にんじん・しいたけ	
		ブロッコリーのごまサラダ		ドレッシング	ブロッコリー・にんじん・コーン	
4 木	牛乳	ごはん		こめ		
		もちごめつきにくだんご(1人②)	ぶたにく・とり	もちごめ・さとう	たまねぎ・しいたけ・しょうが	
		ねぎしおぶたどんのぐ	ぶたにく	かたくりこ・ごま・ごまあぶら	たけのこ・もやし・にんじん・ねぎ・にんにく・レモン	
		かんてんサラダ		ドレッシング	にんじん・キャベツ・きゅうり・かんてん	
5 金	牛乳	ごはん		こめ		
		かぼちゃひきにくフライ	ぶたにく	パンこ・あぶら	かぼちゃ・たまねぎ	
		なまあげのキムチいため	ぶたにく・なまあげ	さとう・あぶら・ごまあぶら	ねぎ・たまねぎ・にんじん・キムチ	
		はるさめサラダ		はるさめ・さとう・あぶら・ごまあぶら	にんじん・キャベツ	
8 月	牛乳	ごはん		こめ		
		きんめだいのしょうゆやき	きんめだい	さとう		
		こんさいのみそしる	あつあげ・みそ			
		だいいこのはとじやこのいためもの	しらす・あぶらあげ	ごま・ごまあぶら	だいいこのは・にんじん	
9 火	牛乳	ごはん		こめ		
		かぼちゃひきにくフライ	ぶたにく	パンこ・あぶら	かぼちゃ・たまねぎ	
		なまあげのキムチいため	ぶたにく・なまあげ	さとう・あぶら・ごまあぶら	ねぎ・たまねぎ・にんじん・キムチ	
		はるさめサラダ		はるさめ・さとう・あぶら・ごまあぶら	にんじん・キャベツ	
10 水	牛乳	ごはん		こめ		
		きんめだいのしょうゆやき	きんめだい	さとう		
		こんさいのみそしる	あつあげ・みそ			
		だいいこのはとじやこのいためもの	しらす・あぶらあげ	ごま・ごまあぶら	だいいこのは・にんじん	
12 金	牛乳	ごはん		こめ		
		ハンバーグりんごソース	とり	さとう・あぶら	たまねぎ・りんご・トマト	
		カレーABCスープ	ぶたにく	マカロニ・あぶら	たまねぎ・にんじん・ほうれんそう	
		チーズのサラダ	チーズ・かつおぶし	さとう・あぶら	キャベツ・コーン・きゅうり	
15 月	牛乳	ごはん		こめ		
		さけのしおやき	さけ			
		ちくぜんに	とり	さといも・さとう・あぶら	にんじん・ごぼう・たけのこ・しいたけ・さやいんげん・こんにやく	
		わかめサラダ	わかめ	ドレッシング	キャベツ・にんじん・きゅうり	
16 火	牛乳	ごはん		こめ		
		とりのからあげ	とり	かたくりこ・あぶら	にんにく	
		かつらぶタンメン	ぶたにく	めん・あぶら・ラー油	にんにく・しょうが・たまねぎ・にら	
		もやしのナムル		ドレッシング	もやし・きゅうり・にんじん	
17 水	牛乳	ごはん		こめ		
		さけのしおやき	さけ			
		ちくぜんに	とり	さといも・さとう・あぶら	にんじん・ごぼう・たけのこ・しいたけ・さやいんげん・こんにやく	
		わかめサラダ	わかめ	ドレッシング	キャベツ・にんじん・きゅうり	
18 木	牛乳	ごはん		こめ		
		きんめだいのしょうゆやき	きんめだい	さとう		
		こんさいのみそしる	あつあげ・みそ			
		だいいこのはとじやこのいためもの	しらす・あぶらあげ	ごま・ごまあぶら	だいいこのは・にんじん	
19 金	牛乳	ごはん		こめ		
		かぼちゃひきにくフライ	ぶたにく	パンこ・あぶら	かぼちゃ・たまねぎ	
		なまあげのキムチいため	ぶたにく・なまあげ	さとう・あぶら・ごまあぶら	ねぎ・たまねぎ・にんじん・キムチ	
		はるさめサラダ		はるさめ・さとう・あぶら・ごまあぶら	にんじん・キャベツ	
22 月	牛乳	ごはん		こめ		
		きんめだいのしょうゆやき	きんめだい	さとう		
		こんさいのみそしる	あつあげ・みそ			
		だいいこのはとじやこのいためもの	しらす・あぶらあげ	ごま・ごまあぶら	だいいこのは・にんじん	
24 水	牛乳	ごはん		こめ		
		きんめだいのしょうゆやき	きんめだい	さとう		
		こんさいのみそしる	あつあげ・みそ			
		だいいこのはとじやこのいためもの	しらす・あぶらあげ	ごま・ごまあぶら	だいいこのは・にんじん	
25 木	牛乳	ごはん		こめ		
		きんめだいのしょうゆやき	きんめだい	さとう		
		こんさいのみそしる	あつあげ・みそ			
		だいいこのはとじやこのいためもの	しらす・あぶらあげ	ごま・ごまあぶら	だいいこのは・にんじん	
26 金	牛乳	ごはん		こめ		
		きんめだいのしょうゆやき	きんめだい	さとう		
		こんさいのみそしる	あつあげ・みそ			
		だいいこのはとじやこのいためもの	しらす・あぶらあげ	ごま・ごまあぶら	だいいこのは・にんじん	

学 校 名	氏 名	アレルギー源となる食品
〇〇小	〇〇 △△△	乳、卵

～「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の記入のお願い～

御宿町立小中学校では、食物アレルギー疾患のある児童生徒に対し、「学校生活管理指導表」に基づき、給食や学校生活（食材を使う授業、宿泊を伴う校外活動等）への対応を行っています。「学校生活管理指導表」は、児童生徒に誤食等による事故を起こすことなく、安全な学校生活を送ってもらうための大切な資料となります。記載について御理解、御協力のほどよろしくお願いいたします。

【御宿町の食物アレルギー疾患を有する児童生徒への給食対応】

原因食物にマーカーをした献立表を提供し、保護者、教職員の指導のもと、児童生徒が自己除去しています。また、必要に応じて家庭より代替品（弁当）を持参します。

留意事項

下記の例のように、微量の混入でも症状が出る場合は、可能な限り診断いただき、「5.その他の配慮・管理事項」欄に記載をお願いします。

→アナフィラキシーの既往歴があり、微量の混入で重篤な症状が出る児童生徒に対しては、給食の提供を行わず、弁当対応となります。

①だし、調味料、添加物の除去が必要

卵殻カルシウム（鶏卵）、乳糖・乳清成分カルシウム（牛乳）、しょうゆ・みそ（小麦、大豆）、酢（小麦）、大豆油（大豆）、ゴマ油（ゴマ）、かつおだし・いりこだし・魚しょう（魚類）、エキス（肉類）

②加工食品の原材料の欄外表記（注意喚起表示）の表示があるものについて除去が必要

【注意喚起例】 ※文部科学省学校給食における食物アレルギー対応指針より

○同一工場、製造ライン使用によるもの

「本品製造工場では○○（特定原材料等の名称）を含む製品を製造しています。」

○原材料の採取方法によるもの

「本製品で使用しているしらすは、えび、かきが混ざる漁法で採取しています。」

○えび、かきを捕食していることによるもの

「本製品（かまぼこ）で使用しているイトヨリダイは、えび、かきを食べています。」

③食器や調理器具の共用ができない

④油の共用ができない

⑤原因物質に「触れる」「吸い込む」ことによっても発症する

必要に応じ保護者を通じて、学校からより詳細な情報の問い合わせをさせていただくことがありますので、御協力くださるようお願いいたします。

御宿町教育委員会教育課
〒299-5192 御宿町須賀 1522
TEL 0470-68-2514

保護者の方へ 学校給食の食物アレルギー対応レベルについて

レベル1 通常の献立表対応



献立表を基に保護者や担任などの指示、または児童生徒自身の判断で、学校給食から原因食品を除外しながら食べる対策。すべての対応の基本であり、レベル2, 3でも実施する。

※レベル1対応のポイント

- 1 栄養士は、食材納入業者にアレルギー食品に関する資料の提供を依頼し、通常の献立表を作成する。
- 2 栄養士は、アレルギー対応する児童生徒の原因食物にマーカーをする。記載漏れや間違いがないよう複数の関係者が確認する。
- 3 保護者と児童生徒は配付された献立表を確認し、喫食の有無及び代替品の持参について献立表に記入し学級担任に提出する。(学級担任は提出された献立表をコピーして保護者へ返送する。)
- 4 養護教諭(栄養教諭等)は内容について、校内及び給食センターと共通理解を図る。学級担任・学年職員・養護教諭は除去する食品や弁当で代用する給食内容を日々確認する。担任が不在の場合の対応を明確にしておく。

レベル2 詳細な献立表対応

学校給食の原材料を詳細に記入した献立表を家庭に事前に配付し、それを基に保護者や担任などの指示、または児童生徒自身の判断で、学校給食から原因食品を除外しながら食べる対策。

※レベル2対応のポイント

- 1 栄養士は、食材納入業者にアレルギー食品に関する資料の提供を依頼し、詳細な献立表を作成する。
- 2 栄養士は、アレルギー対応する児童生徒の原因食物にマーカーをする。記載漏れや間違いがないよう複数の関係者が確認する。なお、調味料等に極微量に含まれる原因食品や、加工食品の原材料の欄外標記(注意喚起表示)についてはマーカーをしない。
- 3 保護者と児童生徒は配付された詳細な献立表を確認し、喫食の有無及び代替品の持参について献立表に記入し学級担任に提出する。(学級担任は提出された献立表をコピーして保護者へ返送する。)
- 4 養護教諭(栄養教諭等)は内容について、校内及び給食センターと共通理解を図る。学級担任・学年職員・養護教諭は除去する食品や弁当で代用する給食内容を日々確認する。担任が不在の場合の対応を明確にしておく。

レベル3 弁当対応

完全弁当対応：全ての学校給食に対して弁当を持参させる。

※レベル3対応のポイント

- 1 保護者と連携し、事前に弁当で代用するものを決める。
- 2 弁当を給食時間まで安全で衛生的に管理する。

弁当対応の考慮対象

極微量の原因食物でアナフィラキシーを発症する可能性が高い児童生徒へは、給食の提供はしない。

- 1 調味料・だし・添加物の除去が必要

卵殻カルシウム（鶏卵）、乳糖・乳清焼成カルシウム（牛乳）、しょうゆ・みそ（小麦、大豆）、酢（小麦）、大豆油（大豆）、ゴマ油（ゴマ）、かつおだし・いりこだし・魚しょう（魚類）、エキス（肉類）

- 2 加工食品の原材料の欄外標記（注意喚起表示）の表示がある場合についても除去指示がある

（注意喚起例）

○同一工場、製造ライン使用によるもの

「本品製造工場では○○（特定原材料等の名称）を含む製品を製造しています。」

○原材料の採取方法によるもの

「本製品で使用しているしらすは、えび、かきが混ざる漁法で採取しています。」

○えび、かきを捕食していることによるもの

「本製品（かまぼこ）で使用しているイトヨリダイは、えび、かきを食べています。」

- 3 多品目食物除去が必要
- 4 食器や調理器具の共用ができない
- 5 油の共用ができない
- 6 その他、上記に類似した学校給食で対応が困難と考えられる状況

※1～6に該当する場合、主治医にそこまでの対応が必要であるかを改めて確認することが望まれる。

◎勝浦市学校給食共同調理場では、除去食と代替食には対応できません。