



氏名	男・女		保護者						
生年月日	平成 年 月 日生		住所						
学校名	身延町立 小学校		電話						
			学年・組	1-	2-	3-	4-	5-	6-
			担任印						
原因食品 ・ 症状 * 頻度	原因食品	症 状	頻 度	原因食品	症 状	頻 度			
* ①必ず出る ②ほとんど出る ③ 時々出る									
アナフィラキシー の 発症既往	有 ・ 無								
	年月日	症 状		年月日	症 状				
	・ ・			・ ・					
緊急時に 備えた 処方薬	有 ・ 無								
	<input type="checkbox"/> 内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) <input type="checkbox"/> アドレナリン自己注射(エピペン®)使用期限() <input type="checkbox"/> その他(
学校生活 上の留意 点 (学校生活 管理指導 表より転 記)	給食	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	その他の配慮・管理事項				
	管理不要	管理不要	管理不要	管理不要					
	保護者と 相談し決定	保護者と 相談し決定	保護者と 相談し決定	保護者と 相談し決定					
緊急連絡先									
優先順位	氏 名	続 柄	電 話 番 号		連絡先 (○をつける)				
1					自宅・職場・携帯				
2					自宅・職場・携帯				
3					自宅・職場・携帯				
4					自宅・職場・携帯				

医療機関連絡先

かかりつけ医療機関		変更
電話番号		
主治医名		
診療科		
消防機関への 情報提供の状況		

保育所・幼稚園での対応

施設名		情報提供者		施設での給食	有	無 (毎日弁当)
給食の 対応						

家庭での食事の対応

偏食 栄養のとり 方 代替食品 など

面談・対応・発症状況の記録(変更記録を含む)

小 1		小 2		小 3	
月日	面談・対応の変更・発症状況等	月日	面談・対応の変更・発症状況等	月日	面談・対応の変更・発症状況等
特記 事項		特記 事項		特記 事項	
小 4		小 5		小 6	
月日	面談・対応の変更・発症状況等	月日	面談・対応の変更・発症状況等	月日	面談・対応の変更・発症状況等
特記 事項		特記 事項		特記 事項	

食物アレルギー取組プラン(案・決定)

取組プラン案検討日 令和 年 月 日
保護者説明協議日 令和 年 月 日

入学年度		名前	
------	--	----	--

学校長確認署名	
保護者確認署名	

食物アレルギー病型	アナフィラキシー病型	原因食材

学校における配慮

給食の対応				
食物・食材を扱う授業・活動				
運動(体育・部活動など)				
遠足・校外活動				
宿泊を伴う活動				
緊急時 対応	緊急時に備えた処方薬	内服薬	アドレナリン自己注射薬	その他
	使用時の 症状の目安			
	保管場所			
	留意事項			
	緊急対応時の留意事項			
緊急時の保護者等 への連絡方法				



氏名	男・女		保護者			
生年月日	平成 年 月 日生		住所			
学校名	身延町立身延中学校		電話			
			学年・組	1-	2-	3-
			担任印			
原因食品 ・症状 *頻度	原因食品	症状	頻度	原因食品	症状	頻度

* ①必ず出る ②ほとんど出る ③時々出る

アナフィラキシーの発症既往	有 ・ 無					
	年月日	症状		年月日	症状	
	・			・		
	・			・		

緊急時に備えた処方薬	有 ・ 無					
	<input type="checkbox"/> 内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬)					
	<input type="checkbox"/> アドレナリン自己注射(エピペン®)使用期限()					
	<input type="checkbox"/> その他(

学校生活上の留意点 (学校生活管理指導表より転記)	給食	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	その他の配慮・管理事項
	管理不要	管理不要	管理不要	管理不要	
	保護者と相談し決定	保護者と相談し決定	保護者と相談し決定	保護者と相談し決定	

緊急連絡先

優先順位	氏名	続柄	電話番号	連絡先(○をつける)
1				自宅・職場・携帯
2				自宅・職場・携帯
3				自宅・職場・携帯
4				自宅・職場・携帯

医療機関連絡先

かかりつけ医療機関		変更
電話番号		
主治医名		
診療科		
消防機関への情報提供の状況		

保育所・幼稚園での対応

施設名		情報提供者		施設での給食	有	無 (毎日弁当)
給食の対応						

小学校での対応

施設名		情報提供者		学校給食	有	無 (毎日弁当)
給食の対応						

中学校での対応

施設名		情報提供者		学校給食	有	無 (毎日弁当)
給食の対応						

家庭での食事の対応

偏食 栄養のとり方 代替食品 など

面談・対応・発症状況の記録(変更記録を含む)

中(高) 1		中(高) 2		中(高) 3	
月日	面談・対応の変更・発症状況等	月日	面談・対応の変更・発症状況等	月日	面談・対応の変更・発症状況等
特記事項		特記事項		特記事項	

食物アレルギー取組プラン(案・決定)

取組プラン案検討日 令和 年 月 日
保護者説明協議日 令和 年 月 日

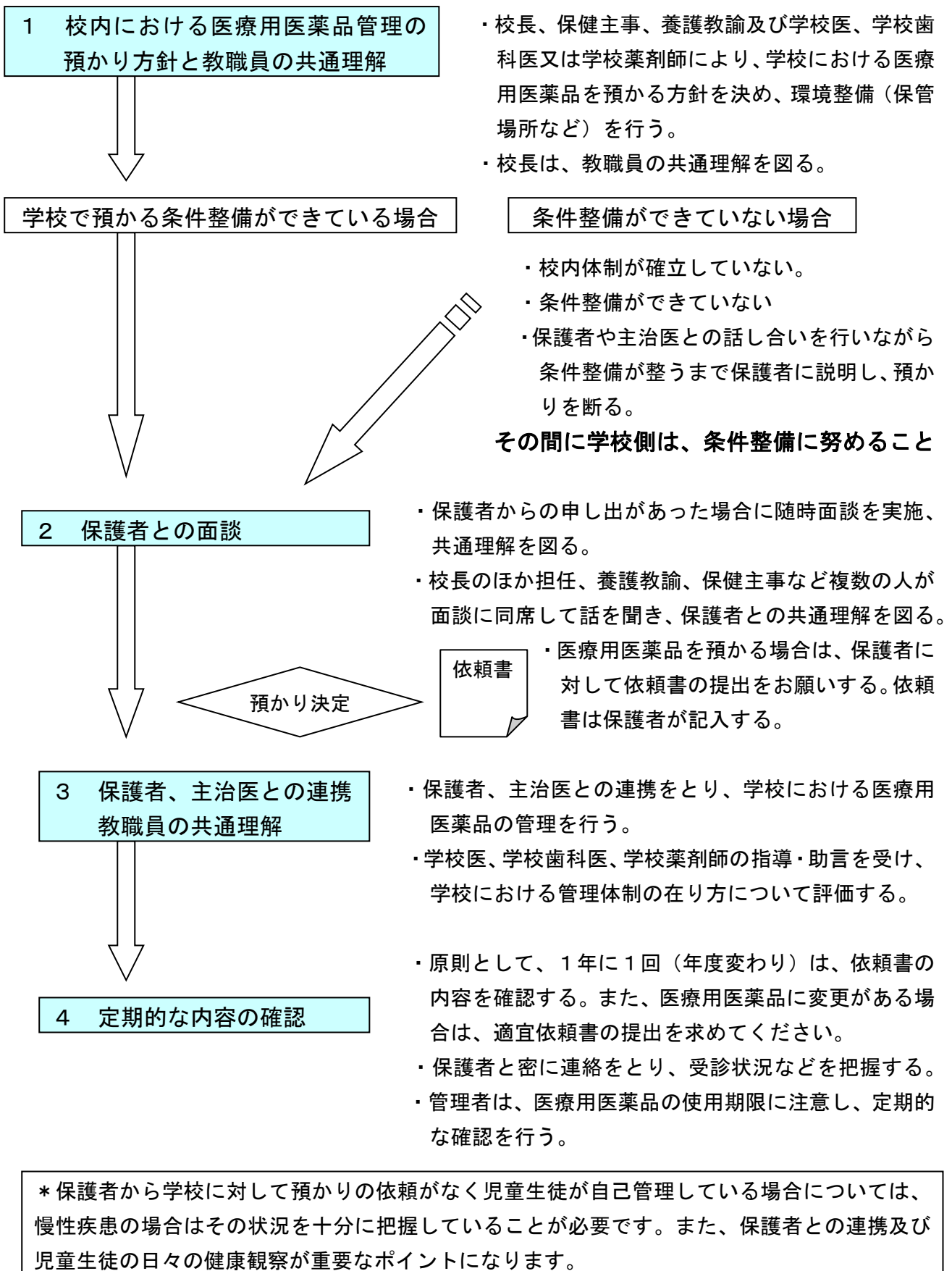
入学年度		名前	
------	--	----	--

食物アレルギー病型	アナフィラキシー病型	原因食材

学校長確認署名	
保護者確認署名	

学校における配慮

給食の対応				
食物・食材を扱う授業・活動				
運動(体育・部活動など)				
遠足・校外活動				
宿泊を伴う活動				
緊急時 対応	緊急時に備えた処方薬	内服薬	アドレナリン自己注射薬	その他
	使用時の 症状の目安			
	保管場所			
	留意事項			
	緊急対応時の留意事項			
緊急時の保護者等 への連絡方法				



経過記録票

本様式例は、発症時に経過を記録するとともに、消防機関や医療機関への引継ぎに活用を想定している。記録は個人カルテに併せて学校で保管を行う。

名前		体重		生年月日	年 月 日
保護者氏名		住所	保護者連絡先		

発症時間 平成 年 月 日 時 分

食べたものとその量

行った対応	初期処置	<input type="checkbox"/> 口の中のものを取り除く <input type="checkbox"/> うがいをする <input type="checkbox"/> 洗う <input type="checkbox"/> 触れた部分を洗い流す			
	内服対応	内服時間	内服量	対応者	
	エピペン	使用時の症状	接種時間	接種者	
	連絡先	<input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 所轄消防署 <input type="checkbox"/> 医療機関			

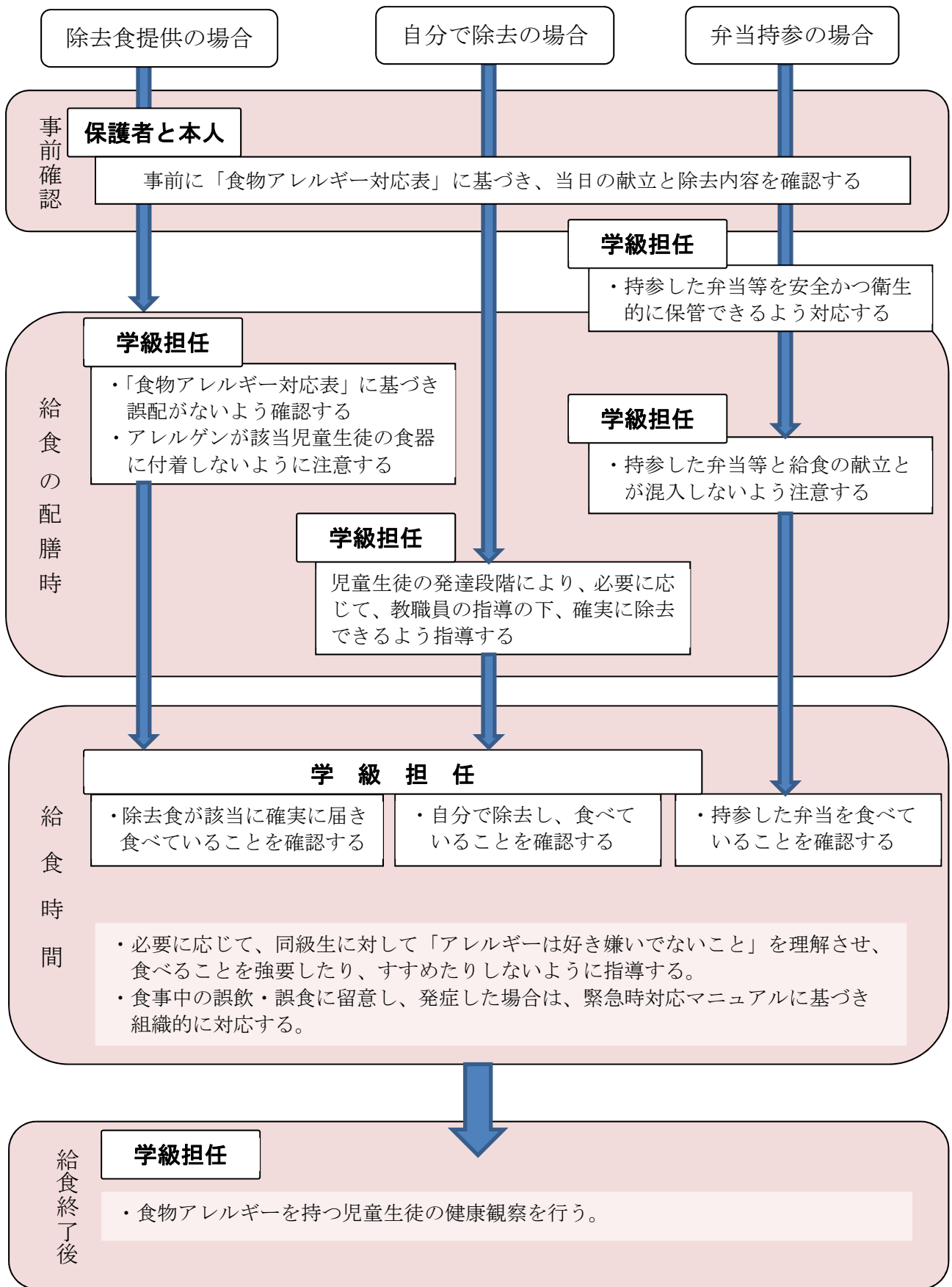
症状	臓器	重症度	臓器	重症度		
	皮膚	A	部分的なじんましん、赤み、かゆみ			
B		広範囲なじんましん、赤み強いかゆみ				
粘膜		A	軽い唇やまぶたの腫れ	全身	A	普段よりやや元気がない
		B	明らかな唇やまぶた、顔面全体の腫れ		B	明らかに元気がない、立ってられない
	C	飲み込みにくさ	C		横になりたがる、ぐったり	
D	声、声が出ない、のどが締め付けられる	D	血圧低下 意識レベル低下～消失、失禁			
呼吸	A	鼻汁、鼻閉、単発の咳	消化器	A	軽い腹痛、単発の嘔吐	
	B	時々繰り返す咳		B	明らかな腹痛、複数回の嘔吐・下痢	
	C	強い咳き込み、声がれ 喘鳴(ゼーゼー、ヒューヒュー)、呼吸困難		C	強い腹痛、繰り返す嘔吐や下痢	

経過観察	時間	脈拍(回/分)	症状	対応	備考	
	:					
	:					
	:					
	:					
	:					
	:					
	:					
	:					
	:					

記録者					
医療機関	医療機関名	主治医名	電話番号	備考	

* 医療機関、消防署への情報伝達内容
 1 ○○学校、年齢、性別、緊急の旨
 2 アナフィラキシーショックが疑われている症状ある
 3 具体的症状とこれまで行った処置
 意識状態、顔色、心拍・呼吸状態が伝えられる場合は伝える

* 保護者への情報伝達と確認事項
 1 食物アレルギーの症状が出た
 2 具体的な症状とこれまで行った対応
 3 医療機関搬送のため救急車要請したことを伝える
 4 確認症状が出ている場合エピペンを使用することを伝える
 5 保護者が搬送先医療機関にこられるか確認
 来られない場合の対応と今後の連絡先確認



参考資料5

○月食物アレルギー対応表記入例

身延町立 ○○○学校	
年 組	氏名

除去食 対応食材	卵
-------------	---

保護者が対応方法について○印をつける。

日	曜日	献立名	食 品	給食での 除去食提供	対 応		
					除去食摂取	自己除去	代替食持参
		むぎごはん					
		松風焼き	卵	○	○		
		きんぴらごぼう					
		小松菜のみそ汁					
		オレンジ					
		みそラーメン					
		煮卵	卵	×			○
		大根サラダ					
		蒸しパン					

給食センターが除去食提供状況を記入提供できない場合は×を記入

* 「対応」について○印の記入をお願いいたします。

食物アレルギー対応表を確認しました。	(保護者氏名	印)
食物アレルギー対応を確認しました。	(学級担任名	印)

保護者が確認して対応に○印を付け、学校へ提出する。学校は3部コピーをとり、「保護者」「学級担任」「給食主任」が保管し、原本は給食センターで保管する。