

様式

- ・ 様式 1 「食物アレルギー調査・対応について」
- ・ 様式 2-① 「学校での食物アレルギー対応書類の提出について（依頼）」
- ・ 様式 2-② 「食物アレルギー対応申請書」
- ・ 様式 2-③ 「食物アレルギー個人調査票」
- ・ 様式 2-④ 「学校生活管理指導表」
- ・ 様式 3 「給食での食物アレルギー対応申請書」
- ・ 様式 4 「食物アレルギー対応決定通知書」
- ・ 様式 5 「食物アレルギー対応解除申請書」
- ・ 様式 6 「食物アレルギー対応解除決定通知書」
- ・ 様式 7 「食物アレルギー対応状況（報告）」
- ・ 様式 8 「医療用医薬品預かり書」
- ・ 様式 9-① 「アドレナリン自己注射薬に係る情報提供について（依頼）」
- ・ 様式 9-② 「アドレナリン自己注射薬に係る情報提供について（通知）」
- ・ 様式 10-① 「学校における食物アレルギー発症報告について（報告）」（学校→町）
- ・ 様式 10-② 「学校における食物アレルギー発症報告について（報告）」（町→県）
- ・ 様式 11 「学校における食物アレルギー発症報告書」

(様式 1)

食物アレルギー調査・対応について

本調査は、新年度の食物アレルギー対応を検討する資料となりますので、お子様のアレルギーの有無にかかわらず、現在の状況を記入し、就学児健診の際に受付へ（各学級担任へ〇月〇日までに）提出してください。

学年・児童生徒氏名 ふりがな _____ 年 _____

保護者名 _____

1 食物アレルギーと診断されたことがありますか。あてはまる番号に○をつけてください。

- | |
|-----------------------------------|
| (1) 食物アレルギーと診断されたことはない |
| → 調査は終了です。以下の回答は不要です。 |
| (2) 食物アレルギーと診断されたことはないが、気になる症状はある |
| (3) 食物アレルギーと診断されたが、現在は特別な対応はしていない |
| (4) 食物アレルギーと診断され、対応をしている |

2 1の質問で、(2)～(4)にあてはまる場合は、次の内容をご記入ください。

(1)食物アレルギーの状況について、あてはまるものに○印をつけ必要事項を記入ください。

①症状がでた時期	() 歳ごろ
②症状	発疹、じんましん、下痢、吐気、アナフィラキシー アナフィラキシーショック その他 ()
③原因食材	
④診断をうけた病院名	
⑤医師からの指示	
⑥診断の根拠	血液検査 皮膚検査 食物除去試験 食物負荷試験 その他 ()
⑦家庭での対応の様子	

(2)来年度の学校での対応について、あてはまる番号に○印をつけてください。

- | |
|--------------------|
| (1) 学校での対応を希望します |
| (2) 対応を希望しません |
| (3) 判断に迷うので、相談をしたい |

学校での対応を希望される場合は、医師による診断を受け、「学校生活管理指導表」等、書類の提出していただき、必要に応じて、対応の詳細について関係職員と個別面談を行います。

(様式 2-①)

令和 年 月 日

保護者各位

身延町教育委員会
教育長
身延町立 学校
校 長

学校での食物アレルギー対応書類の提出について（依頼）

身延町内小学校・中学校では、「身延町食物アレルギー対応マニュアル」に基づき、食物アレルギーの対応を行っています。

学校での対応を希望する場合は、次の書類の提出をお願いします。
提出いただいた書類を基に、必要に応じて学校で個別面談を実施いたしますので、ご理解とご協力をお願いします。

【提出書類】

- ・食物アレルギー対応申請書
- ・食物アレルギー個人調査票
- ・学校生活管理指導表（医師記入）

【提出期限】

令和 年 月 日

【提出先】

身延町教育委員会（または学校）
担当
連絡先

(様式 2-②)

身延町立 学校
校長 殿

食物アレルギー対応申請書

主治医から学校生活について、対応の指示がありましたので、「学校生活管理指導表」、「食物アレルギー個人調査票」を添えて、申請いたします。

・ 学年 (新) 年 ・ 組

・ 児童 (生徒) 名 _____

・ 保護者連絡先 (電話番号) _____

提出期限：令和 年 月 日

※添付書類「学校生活管理指導表」

令和 年 月 日

保護者氏名 _____ 印

(様式 2-③)

食物アレルギー個人調査票

ふりがな 児童(生徒)名	(新) 年 組
保護者氏名	

1.食物アレルギーの原因食材、その食材を家庭では除去しているか、アナフィラキシーの発症はあったかを、食材ごとにご記入ください。

原因食材名	家庭で除去をしているか	アナフィラキシーの発症は
	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> ない ↓ 発症時期: 年 月頃(歳頃)
	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> ない ↓ 発症時期: 年 月頃(歳頃)
	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> ない ↓ 発症時期: 年 月頃(歳頃)
	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> ない ↓ 発症時期: 年 月頃(歳頃)

2.食物アレルギーの発症時に備えて、又は発症の予防のために処方されている薬はありますか。

- ある → (内服薬:)
(吸入薬:)
(注射薬:)
(その他:)
- ない

3.処方されている薬がある場合、学校に持参又は保管を希望しますか。

- 持参しない 持参する 学校での保管を希望する

※持参又は保管を希望する場合は、児童(生徒)自身で管理できますか。

- できる できない 学校と相談したい
その他()

【様式2-④】

【表】学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)

名前 _____ (男・女) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 年 _____ 組 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	★保護者
アナフィラキシー (あり・なし) 食物アレルギー (あり・なし)	(公財) 日本学校保健会 作成	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	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：卵殻カルシウム 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	電話： ★連絡医療機関 医療機関名： 電話：
		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 1. 鶏卵 《 _____ 》 [除去根拠] 該当するものを《 》内に記載 2. 牛乳・乳製品 《 _____ 》 ① 明らかな症状の既往 ② 食物経口負荷試験陽性 3. 小麦 《 _____ 》 ③ IgE抗体等検査結果陽性 ④ 未摂取 4. ソバ 《 _____ 》 ()に具体的な食品名を記載 5. ビーナッツ 《 _____ 》 6. 甲殻類 《 _____ 》 (すべて・エビ・カニ) _____) 7. 木の实類 《 _____ 》 (すべて・クルミ・カシュー・アーモンド) _____) 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 (_____)	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ ⑩ 医療機関名 _____	
		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：
		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. ベータ刺激薬吸入 (_____) (_____) 2. ベータ刺激薬内服 (_____) (_____)	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)	電話： ★連絡医療機関 医療機関名： 電話：
				記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ ⑩ 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の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 _____

(様式 3)

給食での食物アレルギー対応申請書

令和 年 月 日

身延町教育委員会
教育長 ○○ ○○

保護者氏名 _____

食物アレルギーによる学校給食への対応について、下記のとおり申請します。

学校名		
児童・生徒名	(新)	年 組 (氏名) (男・女)
学校給食に おける対応	<input type="checkbox"/>	献立表により内容確認
	<input type="checkbox"/>	使用食材が明記されている資料の内容を確認
	<input type="checkbox"/>	一部食べられない食材がある場合、自分で除去する
	<input type="checkbox"/>	一部食べられない献立がある場合、一部弁当を持参する
	<input type="checkbox"/>	毎日、給食を食べずに、弁当を持参する
	<input type="checkbox"/>	除去食（特定原材料の6品目に限る）を希望する
	<input type="checkbox"/>	牛乳を止めて飲まない

↑

希望する内容すべてに○を付ける

〔その他〕協議事項記入

(様式4)

令和 年 月 日

(保護者氏名) 様

身延町立 学校
学校長 様

身延町教育委員会
教育長

給食での食物アレルギー対応決定通知書

令和 年 月 日付で申請のありました、学校給食における食物アレルギー対応について、協議の結果下記のとおり対応することとなりましたので通知します。

学校名		
児童・生徒名	(新)	年 組 (氏名) (男・女)
学校給食における対応	<input type="checkbox"/>	献立表により内容確認
	<input type="checkbox"/>	使用食材が明記されている資料の内容を確認
	<input type="checkbox"/>	一部食べられない食材がある場合、自分で除去する
	<input type="checkbox"/>	一部食べられない献立がある場合、一部弁当を持参する
	<input type="checkbox"/>	毎日、給食を食べずに、弁当を持参する
	<input type="checkbox"/>	除去食（特定原材料の6品目に限る）を希望する
	<input type="checkbox"/>	牛乳を止めて飲まない
	<input type="checkbox"/>	その他

※ 決定事項に○を付ける

〈決定に至った経緯〉

(様式5)

身延町教育委員会
教育長 様

身延町立 学校
校長 様

食物アレルギー対応解除申請書

主治医から学校生活について、次のように指示がありましたので、学校での対応の終了を申請いたします。

・児童（生徒）名 _____ (新) 年 組 _____

・対応解除の理由（主治医からの指示）

令和 年 月 日

保護者氏名 _____ 印

(様式6)

令和 年 月 日

保護者 氏名 様

身延町立 学校
学校長 様

身延町教育委員会
教育長

食物アレルギー対応解除決定通知書

令和 年 月 日付けで申請のありました、食物アレルギー対応解除について申請書のとおり解除することを通知します。

児童（生徒）氏名

学校 (新) 年 組

(解除理由)

(様式 7)

令和 年 月 日

身延町教育委員会 教育長 殿

身延町立 学校
校長

食物アレルギー対応状況（報告）

本校では、主治医の診断（学校生活管理指導表）に基づき、次のように対応を行っていることを報告します。

年	組	氏名	対応状況			その他 参考事項
			給食での対応	緊急時対応	その他の対応	

例
・詳細な献立表での確認
・エビの除去食提供
・その他の食材については、
弁当を持参 等

例
・エピペンを持参して登校（本人の
ランドセルに保管）
・緊急時内服薬を保健室で保管 等

(様式8) 表

学年・組	
ふりがな 児童生徒名	

医療用医薬品預かり書 (依頼書)

学校で預かる 医薬品名	
医薬品使用時 の状態・症状	
使用に当たって の注意事項	
保管上の注意 事項	
医薬品交換時期	令和 年 月 日
保護者の 緊急時連絡先	①呼び出す人 (続柄) 電話番号
	②呼び出す人 (続柄) 電話番号
医療機関名 主治医名 連絡先	医療機関名 : 主治医名 : 連絡先 (電話番号) :
その他連絡事項	

学校での取組及び緊急時の対応に活用するために、本様式に記載された内容を教職員で共通理解することに同意いたします。

令和 年 月 日
保護者氏名

印

(様式 9-①)

発第 号
令和 年 月 日

峡南消防本部消防長 殿

身延町立 学校
校長名

アドレナリン自己注射薬に係る情報提供について (依頼)

下記の児童 (生徒) について、緊急時の対応にご配慮いただきますようお願いいたします。

- 1 対象児童 (生徒) 氏名・性別 (生年月日) 学年 組
- 2 保護者名
- 3 住所
- 4 緊急時連絡先① 名前 (続柄) 電話番号
② 名前 (続柄) 電話番号
- 5 児童 (生徒) の状況について
 - ① 診断名
 - ② 原因食材など
 - ③ 処方を受けた医療機関
医療機関名 (科)
医師名
住所・電話番号
 - ④ 処方されているアドレナリン自己注射薬
エピペン®注射薬 0.15mg または、エピペン®注射薬 0.3mg <どちらかに○印>
 - ⑤ 処方されているアドレナリン自己注射薬の校内での保管場所

6 保護者の承諾

上記の情報提供について、承諾します。

令和 年 月 日

保護者名 _____ 印 _____

* 新年度又は、医療機関、処方されているアドレナリン自己注射薬が変更になった場合は、再度通知する。

* 該当児童生徒の処方がなくなった場合、卒業、転校した場合は、その旨を通知する。

担当教師名

アドレナリン自己注射薬に関わる救急隊への情報提供票

下記の児童生徒について救急要請をいたしました。状況にあつては以下の通りです。

●発見時の児童生徒の症状（該当に○）

皮膚・粘膜症状	じんましん	かゆみ	眼の充血	
呼吸症状	咳	ゼーゼー	ヒューヒュー	呼吸困難
消化器症状	吐気	嘔吐	腹痛	
アナフィラキシーショック	血圧低下	頻脈	意識低下・消失	



●意識低下又は消失したためエピペンの注射 （自己注射ができない）	実施	未実施
	実施	未実施



●継続的な状態の把握

皮膚・粘膜症状	じんましん	かゆみ	眼の充血	
呼吸症状	咳	ゼーゼー	ヒューヒュー	呼吸困難
消化器症状	吐気	嘔吐	腹痛	
アナフィラキシーショック	血圧低下	頻脈	意識低下・消失	



●呼吸停止	心肺蘇生の実施	実施	未実施
-------	---------	----	-----

	A E D の装着	実施	未実施
--	-----------	----	-----

●A E D 使用の場合	ショックの実施	実施	未実施
--------------	---------	----	-----

（ その他（症状回復等があれば詳しく） ）

1 児童生徒名 性別 (年月日生) 学年 組

2 保護者名

3 住所

4 緊急連絡先① 名前 (続柄) 電話番号

② 名前 (続柄) 電話番号

5 児童生徒の状況について

① 診断名

② アレルギー原因物質

③ 処方を受けた医療機関

医療機関名 (科)

医師名

住所・電話番号

④ 処方されているアドレナリン自己注射薬

エピペン®注射液0.15mg または、エピペン®注射液0.3mg

⑤ 処方されているアドレナリン自己注射薬の保管場所

(様式 9-②)

発第 号
令和 年 月 日

峡南消防本部消防長 殿

身延町立 学校
校長名

アドレナリン自己注射薬に係る情報提供について（通知）

このことにつきまして、平成（または、令和） 年 月 日付け〇〇発第〇〇号で、下記の児童（または、生徒）の情報提供をし、緊急時の対応について依頼したところですが、次のようになりましたので、通知いたします。

- 1 対象児童（または、生徒）名 性別 （生年月日） 学年 組
- 2 保護者名
- 3 住所
- 4 通知内容
 - *令和 年 月 日にアドレナリン自己注射薬の処方なくなりました。
 - *令和 年 月 日に本校を卒業（または、転校）いたしました。（該当事項のみ記載）

(様式 10-①)

発第 号
令和 年 月 日

身延町教育委員会教育長 殿

学校名
学校長名

学校における食物アレルギー発症報告について（報告）

このたび、食物アレルギーに関わる発症がありましたので、改善策を協議し対応の充実を図りましたので、別添のとおり報告いたします。

ヒヤリハット報告の場合は題名に（ヒヤリハット報告）を追記

(様式 10-②)

発第 号
令和 年 月 日

山梨県教育委員会
保健体育課長 殿

身延町教育委員会教育長

学校における食物アレルギー発症報告について（報告）

このたび、食物アレルギーに関わる発症がありましたので、改善策を協議し対応の充実を図りましたので、別添のとおり報告いたします。

様式11

ヒヤリハット報告の場合は題名に（ヒヤリハット報告）を追記

学校における食物アレルギー発症報告書

学校名

事故発生時刻	令和 年 月 日 () 午後・午前 時 分		
学習時間名等			
発生場所			
ふりがな 児童生徒氏名	男・女	学年・ 組	年 組
原因物質			
摂取時刻	時 分	アナフィラキシーの既往 有・無	
日常の対応	1 特になし 2 管理指導表提出あり 献立表の提供 弁当持参（一部・全部） 除去食 代替食 その他 ()		
該当する箇所に○	内服薬携帯（有・無） エピペン携帯（有・無）		
事故の概要	新規発症 ・ 誤食 ・ 運動誘発 ・ その他 () 《症 状》 <input type="checkbox"/> 弱いかゆみ（自制内） <input type="checkbox"/> 強いかゆみ（自制外） <input type="checkbox"/> 強い腹痛 <input type="checkbox"/> 脈が触れにくい <input type="checkbox"/> 数個の蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 全身の蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 繰り返しの嘔吐 <input type="checkbox"/> 脈が不規則 <input type="checkbox"/> 部分的な赤み <input type="checkbox"/> 全身の赤み <input type="checkbox"/> 喉や胸が締め付けられる <input type="checkbox"/> 目のかゆみ・充血 <input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 唇の腫れ <input type="checkbox"/> まぶたの腫れ <input type="checkbox"/> 犬が吠えるような咳き <input type="checkbox"/> くしゃみ・鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 持続する強い咳き込み <input type="checkbox"/> 軽い腹痛 <input type="checkbox"/> 中等度の腹痛 <input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 1～2回の嘔吐 <input type="checkbox"/> ぐったりする <input type="checkbox"/> 口腔違和感 <input type="checkbox"/> 1～2回の下痢 <input type="checkbox"/> 意識もうろう <input type="checkbox"/> 数回の咳 <input type="checkbox"/> 唇、爪青白い <input type="checkbox"/> その他 ()		
該当する症状に レ			
をつけてください			
受診（搬送）方法	救急車・保護者の車・その他	入院の有無	有 ・ 無 有の場合日数 () 日

学校の 対 応 救急搬送保 護者への連 絡等時系列 で記載	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> エピペン使用 <input type="checkbox"/> 119通報 <input type="checkbox"/> 受診
今後の 対 応	
備 考	

身延町独自項目

児童生徒情報	保護者氏名			連絡先		
	食物アレルギー 対応依頼書提出	無 ・ 有 (年 月 日)				
		提出予定				
	アレルギー					
給食 献立 (対応 状況)	()			()		
	()			()		
	()			()		
事故発生 状況	第一発見者	氏名			職種	
受診状況	受診医療機関名					
	同行者					
	医師の所見					
翌日以降 の状況						

* 原本は、町教育委員会に提出する。写を個人カルテに添付し、必要に応じて記録を記載する。

* 身延町独自項目は、県への報告対象としない。

身延町食物アレルギー対応マニュアル（概要版）

令和 年 月

基本的な考え…

身延町教育委員会では、学校・保護者・主治医・関係機関と連携を取り、食物アレルギーをもつ児童生徒が心身ともに健康な学校生活を過ごせるように、「食物アレルギー対応マニュアル」を策定し、マニュアルに沿って学校生活の対応を行っています。

対象となるのは、即時型・口腔アレルギー症候群・食物依存症性運動誘発アナフィラキシー等の症状を持つ食物アレルギーの児童生徒で、乳糖不耐症等で牛乳が飲めない場合等も同様に考えます。医師の診断に基づいて対応を決定していきますが、診断に基づかない安易な判断は、アレルゲンを口にし、児童生徒を重篤な症状に陥らせたり、食べられる物なのに除去してしまったことで、適正な栄養が摂取できず成長に必要な栄養確保に大きな影響を与えることになります。

学校における食物アレルギー対応の決定については、アレルギー児童生徒の安全確保はもとより、その他の児童生徒へ提供する学校給食の安全確保もたいへん重要であるため、施設整備の整備状況や人員の配置状況なども含めながらその対応については慎重に判断します。また、保護者のみなさまには、食物アレルギーに関する情報について、学校教職員及び教育委員会が共有する情報として取り扱うことに同意していただきます。

こうしたことから、身延町の学校給食における対応は、保護者が毎年提出する医師の診断書（学校生活管理指導表 様式2-④）に基づいて次のように行います。

- ① 献立表による内容確認と連絡
- ② 使用食材を明記した資料による内容確認と連絡
- ③ 自己除去
- ④ 一部弁当の持参（持参する児童生徒が自ら管理できる同等品に限る）
- ⑤ 完全弁当持参
- ⑥ 除去食の提供
- ⑦ 牛乳の停止



<除去食の提供対象とする対応品目>

特定原材料（表示義務のある食品のうち6品目）					
乳	卵	そば	落花生 (ピーナッツ)	えび	かに

※6品目においても対応が困難なものについては、家庭から弁当を持参する。

（例）油の共有ができない、多品目の食物除去が必要、極微量でも重篤なアレルギー症状を引き起こす可能性（コンタミネーション）がある等

裏面もご覧ください

- ・除去食提供は、前ページの表で設定した対応品目をアレルゲンにもち、医師により学校給食における対応が必要であると診断されている児童生徒とします。
- ・除去食とは、食物アレルギーの原因となる食品（アレルゲン）を調理過程で取り除いた食事を提供することをいいます。
- ・除去の程度は、アレルゲン食品の種類や対象者のアレルギーの重症化によって様々であるため、除去食を6品目とし、その中で可能な範囲で提供していくこととします。
- ・アレルゲンを除くことで、料理として成立しない場合は、除去食の提供が困難なため家庭から弁当を持参していただきます。

※コンタミネーション……食品を生産する際に、原材料として使用していないにもかかわらず、アレルギー物質が微量混入してしまうこと。

申請から決定までの流れ

