

様式

- ・様式 1-① 「学校での食物アレルギー対応について（依頼）」
- ・様式 1-② 「食物アレルギー調査」
- ・様式 2-① 「食物アレルギー調査（依頼）」
- ・様式 2-② 「食物アレルギー調査」
- ・様式 3-① 「学校での食物アレルギー対応書類の提出について（依頼）」（新規申請用）
- ・様式 3-② 「食物アレルギー対応依頼書」（新規申請用）
- ・様式 3-③ 「食物アレルギー個人調査票」（新規申請用）
- ・様式 4-① 「学校での食物アレルギー対応書類の提出について（依頼）」（継続申請用）
- ・様式 4-② 「食物アレルギー対応依頼書」（継続・変更用）
- ・様式 5 「給食での食物アレルギー対応依頼書」
- ・様式 6 「給食での食物アレルギー対応決定通知書」
- ・様式 7 「食物アレルギー対応終了依頼書」
- ・様式 8 「給食での食物アレルギー対応終了依頼書」
- ・様式 9 「食物アレルギー対応状況（報告）」
- ・様式 10 「医療用医薬品預かり書」
- ・様式 11-① 「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 11-② 「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 12-① 「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 12-② 「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 13 「学校における食物アレルギー発症報告書」

令和 年 月 日

保護者各位

身延町教育委員会
教育長

学校での食物アレルギー対応について（依頼）

身延町内小学校・中学校では、食物アレルギーのある児童生徒が、安全・安心に学校生活をおくることができるよう、学校生活の中での配慮・管理を希望される場合は、「身延町食物アレルギー対応マニュアル」に基づき、対応を行っています。

そこで、対応の希望の有無につきまして、別紙「食物アレルギー調査」に必要事項を記入いただき、就学时健康診断の受付で、保健調査票と併せて提出ください。

希望の申し出があった新入生の保護者は、後日お渡しします「学校生活管理指導表」等の必要な書類を学校に提出していただきます。学校での対応の内容については、入学する学校において個別面談を行います。

* 学校で食物アレルギーに対して配慮・管理を行う児童の状況

- ・ 医師が学校での配慮・管理を必要と判断している。
- ・ 医師が記入した学校生活管理指導表が提出されている。

「医師が学校での配慮・管理が不必要と判断された場合」、「家庭で管理を行っていない場合」、「保護者のみの判断」は、対象外とします。

* 給食の提供につきまして、現在の給食施設は、完全なアレルギー対応食を提供できる施設ではありません。給食対応につきましては、可能な限りの対応となりますことをご承知おきください。

身延町教育委員会
担当
連絡先

食物アレルギー調査

新入生氏名 _____

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。

令和 年 月 日

保護者各位

身延町立 学校
校長

食物アレルギー調査（依頼）

身延町内小学校・中学校では、食物アレルギーのある児童生徒が、安全・安心に学校生活をおくることができるよう、学校生活の中での配慮・管理を希望される場合は、「身延町食物アレルギー対応マニュアル」に基づき、対応を行っています。

つきましては、来年度に向け、食物アレルギーの対応の希望の有無について、確認をします。別紙に必要事項を記入いただき提出をお願いします。

なお、身延中学校進学予定者につきましては、調査結果を中学校に引き継ぎます。

提出期日 令和 年 月 日

* 学校での食物アレルギー対応を行う児童生徒の状況

- ・ 医師が学校での配慮・管理を必要と判断している。
- ・ 医師が記入した学校生活管理指導表が提出されている。

「医師が学校での配慮・管理が不必要と判断された場合」、「家庭で管理を行っていない場合」、「保護者のみの判断」は、対象外とする。

* 食物アレルギー対応の希望がある場合は、後日お渡しします学校生活管理指導表等の必要な書類を学校に提出していただきます。それらを基に、対応の内容について個別面談を行います。

* 給食の提供につきましては、現在の給食施設は、完全なアレルギー対応食を提供できる施設ではありません。給食対応につきましては、可能な限りの対応となりますことをご承知おきください。

担当
電話

食物アレルギー調査

年 組 氏名 _____

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、あてはまるものに○印をつけてください。

- | |
|-----------------|
| (1) 新たに対応を希望します |
| (2) 対応の継続を希望します |
| (3) 対応を希望しません |

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、書類を提出していただき、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。

令和 年 月 日

保護者各位

- ・ 小学校・中学校入学生の場合は、町教育委員会教育長名で
- ・ 在籍児童生徒の新規以外の場合は、学校長名で

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、必要に応じて入学する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依頼書
- ・ 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）

新入生以外の場合は、「入学する学校で」を削除

【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 3 - ② (新規申請用)

身延町立 学校
校長 殿

食物アレルギー対応依頼書

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、学校での対応を依頼いたします。

・ 学年 年・組

・ 児童（生徒）名 _____

・ 保護者連絡先（電話番号） _____

令和 年 月 日

保護者氏名 _____ 印

食物アレルギー個人調査票

児童(生徒)名	
保護者氏名	

1. 食物アレルギーの原因食材を記入ください。	
2. 家庭では、上記の食材を除去していますか。	
	除去している 除去していない その他 ()
3. アナフィラキシーの発症はありましたか。	
	<p>あった ない</p> <p>↓</p> <p>*あった場合は、次の内容を記入ください。</p> <p>・発症時期： 平成 年 月頃 (歳頃)</p> <p>・その時の原因食材：</p>
4. 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。	
	<p>ある ない</p> <p>↓</p> <p><u>*ある場合は、内容を記入ください。</u></p> <p>内服薬：</p> <p>吸入薬：</p> <p>注射薬：</p> <p>その他：</p>
4-a 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。	
	<p>持参しない 持参する 学校での保管を希望する</p> <p><u>*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。</u></p> <p>管理できる 管理できない 学校と相談したい</p> <p>その他 ()</p>

令和 年 月 日

保護者各位

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。

学校での対応の継続を希望する場合は、次の対応をお願いします。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。

【今後の対応】

- ・学校で保管していた「学校生活管理指導表」を持参して、主治医を受診し、来年度の対応の指示を確認する。

*** 対応に変更がない場合**

- ・「食物アレルギー対応依頼書 (継続)」に必要事項を記入し、「学校生活管理指導表」とともに、学校に提出する。

*** 対応に変更がある場合**

- ・「食物アレルギー対応申請書 (継続)」に必要事項を記入し、新たに記入いただいた「学校生活管理指導表」とともに、学校に提出する。

【提出期限】

令和 年 月 日

学校 担当 連絡先

様式4-② (継続・変更用)

身延町立 学校
校長 殿

食物アレルギー対応依頼書

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、学校での対応の継続を依頼いたします。

・ 学年 年・組

・ 児童（生徒）名 _____

・ 保護者連絡先（電話番号） _____

・ 主治医からの指示

< (1) (2)のあてはまる方に○印をつけ、必要事項をご記入ください >

(1) 対応の継続

受診年月日：令和 年 月 日

受診医療機関名：

主治医名：

対応の継続の場合は、お渡しした「学校生活管理指導表」を再度学校に提出してください

(2) 対応の内容変更

変更内容：

対応内容が変更の場合は、主治医に「学校生活管理指導表」を新たに記入いただき、提出してください

令和 年 月 日

保護者氏名 _____ 印

様式 5

〇〇学校給食センター所長 殿

給食での食物アレルギー対応依頼書

主治医から学校生活について別添の「学校生活管理指導表」のように指示が、
がありましたので、学校との協議を踏まえて給食での対応を依頼いたします。

1 児童(生徒)氏名 _____年 _____組 _____

2 主治医からの指示

令和 _____年 _____月 _____日

保護者氏名 _____印

上記のものの給食での食物アレルギー対応が必要であることを認めます。

令和 _____年 _____月 _____日

学校長 _____印

令和 年 月 日

年・組

保護者 殿

〇〇学校給食センター長

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、給食での食物アレルギー対応については、次の通り対応することとなりましたので通知します。

1 児童（生徒）氏名

〇〇〇学校 年 組

2 給食での対応

<input type="checkbox"/>	献立表と詳細な資料で内容を確認し、自分で除去
<input type="checkbox"/>	一部食べられない献立がある場合、代替食を持参
<input type="checkbox"/>	毎日給食を食べずに弁当を持参
<input type="checkbox"/>	除去食の提供
<input type="checkbox"/>	牛乳の停止

↑

* 決定事項に○をつける

様式7 (対応終了依頼)

身延町立 学校
校長 殿

食物アレルギー対応終了依頼書

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依頼いたします。

・ 児童（生徒）名 _____ 年 組 _____

・ 対応終了の理由（主治医からの指示）

令和 年 月 日

保護者氏名 _____ 印

様式 8

〇〇学校給食センター所長 殿

給食での食物アレルギー対応終了依頼書

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、給食での対応の終了を依頼いたします。

1 児童(生徒)氏名 _____年 組_____

2 対応終了の理由 (主治医からの指示)

令和 _____年 _____月 _____日

保護者氏名 _____印

上記の者の給食での食物アレルギー対応が終了することを認めます。

令和 _____年 _____月 _____日

学校長 _____印

様式9 (対応状況報告)

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
・ エビとイカの除去食提供
・ 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 10 表

学年・組	
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	平成 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 11-① (エピペン情報提供)

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
	AEDの装着	実施	未実施
●AED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 (平成年月日生) 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 11-② (終了等報告)

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)

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 12-②

発第 号
令和 年 月 日

山梨県教育委員会
スポーツ健康課長 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13

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	平成 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 該当する箇所に○	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（ ） 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（ ）		
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

<p>学校の 対 応</p> <p>救急搬送保 護者への連 絡等時系列 で記載</p>	<p><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</p>
<p>今後の 対 応</p>	
<p>備 考</p>	

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。