

食物アレルギー対応マニュアル

(令和7年度 改訂)

令和7年4月

加東市教育委員会

目 次

1	食物アレルギー対応のながれ	1
2	食物アレルギーの対応に関わる共通理解事項	2
3	学校給食の対応	4
4	教職員の共通理解、校内研修	7
5	校内救急体制	8
6	医療用医薬品と関係書類の管理方法	9
7	各種様式	11
	様式 1 食物アレルギーに関する調査票	12
	様式 2 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）	14
	様式 3 食物アレルギー緊急時個別対応カード （アレルギー発症時の症状チェックシート、アナフィラキシー発症時の緊急時対応プラン）	16
	様式 4 緊急時の連携に伴う依頼書（消防署宛）	19
	様式 5 個別支援プラン（食物アレルギー）	20
	様式 6 医療用医薬品預かり書	22
	様式 7 詳細な献立表送付依頼書	23
	様式 10 救急処置経過記録表	24
	様式 11 アドレナリン自己注射（エピペン®）使用報告書	25
	様式 12 除去解除申請書	26
	様式 13 ヒヤリハット報告書	27

1 食物アレルギー対応のながれ

① 食物アレルギーによる配慮・管理の必要な児童生徒の把握

- 新入生：就学時健康診断、入学説明会、保護者からの相談 など
- 在校生：「保健調査票」、健康診断、保護者からの相談 など



② ①による対象児童生徒の保護者へ「食物アレルギーに関する調査票（様式1）」の提出依頼

- 学校給食において対応が必要な場合、「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）（様式2）」の提出を追加で依頼



③ ②により特別な配慮・管理を必要とする児童生徒の保護者との面談（1回目）

- ②による提出書類の記載内容を関係教職員と保護者で確認
- 家庭での対応状況、本人の理解度、緊急時の対応等を確認
- 必要に応じて「食物アレルギー緊急時個別対応カード（様式3）」の提出を依頼



④ 食物アレルギー対応委員会の設置、「個別支援プラン（食物アレルギー）（様式5）」の作成

- 食物アレルギー対応委員会で、「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）（様式2）」に基づき作成した「個別支援プラン（食物アレルギー）（様式5）」を検討
- エピペン®を処方されている場合、保管場所や使用者順位、緊急時の使用等について検討



⑤ 特別な配慮・管理を必要とする児童生徒の保護者との面談（2回目）

- ④により作成された「個別支援プラン（食物アレルギー）（様式5）」を保護者に示し、確認を得る
- 必要に応じて保護者に「緊急時の連携に伴う依頼書（様式4）」を、学校を通じて消防署に提出するよう依頼する
- 緊急時に備えた主治医等関係機関との連携体制について確認する



⑥ 全教職員での共通理解

- 食物アレルギーに関する基礎知識や救急法、エピペンの使用手順等について職員研修を行い、全教職員で共通理解
- 食物アレルギー対応訓練（シミュレーション訓練）を行う



⑦ 個別支援プラン（様式5）に基づいた取組の実施

- 必要に応じて保護者と面談



⑧ 評価・対応の見直し、次年度に向けた準備

- 食物アレルギー対応委員会において、取組の評価、対応の見直し
- 次年度の給食開始に間に合うよう、「食物アレルギーに関する調査票（様式1）」、「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）（様式2）」を配布

①～⑥までを給食開始までに完了しておくこと

参考・様式引用：学校におけるアレルギー疾患対応マニュアル（兵庫県教育委員会）

2 食物アレルギーの対応に関わる共通理解事項

(1) 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）（様式2）について

*参照：学校におけるアレルギー疾患対応マニュアル P.7～8、P.20

- ・学校給食において対応の必要な児童生徒について、一人1枚の提出を必須とする。
- ・症状に変化がない場合であっても、配慮や管理が必要な間は、主治医に相談し毎年度新たに提出するよう保護者に依頼する。

(2) 食物アレルギー対応委員会の設置について

*参照：学校におけるアレルギー疾患対応マニュアル P.10～11

食物アレルギーをもつ児童生徒の健康管理や対応について検討し、「個別支援プラン（食物アレルギー）（様式5）」の作成等を行うため、食物アレルギー対応委員会を設置する。構成員は校長、教頭、保健主事、学年代表、学級担任、養護教諭、給食担当、部活動顧問等とする。なお、必要に応じて学校医、栄養教諭に相談する。

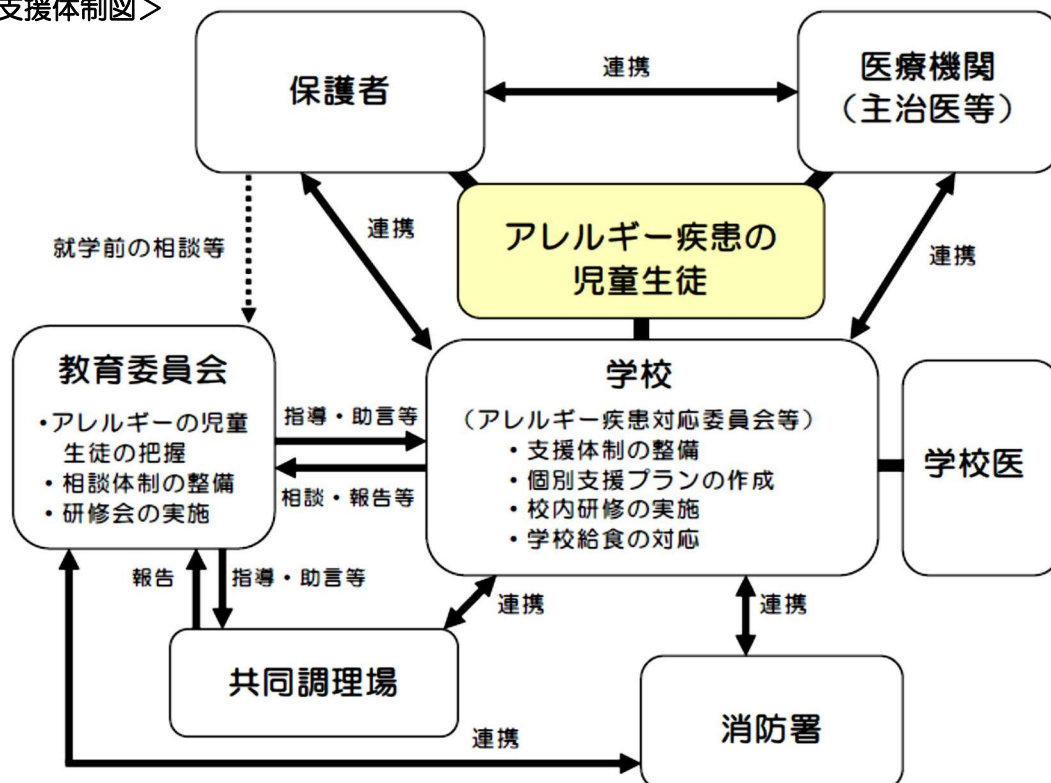
<食物アレルギー対応委員会の役割>

- ・食物アレルギーの児童生徒の健康管理や対応について検討する。
- ・作成した「個別支援プラン（食物アレルギー）（様式5）」を検討する。
- ・教職員全員の共通理解を図る手立てを検討する。
- ・校内研修計画（食物アレルギー対応訓練）を検討する。

<委員会の開催>

- ・年度始め（学校給食開始まで）に開催する。
- ・食物アレルギーの児童生徒が新たに判明し、緊急を要する場合には、その都度開催する。

<支援体制図>



引用：学校におけるアレルギー疾患対応マニュアル P.4

（３）「個別支援プラン（食物アレルギー）（様式５）」の作成について

*参照：学校におけるアレルギー疾患対応マニュアル P.12～26

- ・学校給食において対応の必要な児童生徒について、保護者との面談（１回目）による情報をもとに様々な場面での具体的な状況を想定し、一人１枚作成する。
- ・食物アレルギー対応委員会で検討した後、保護者との面談（２回目）で示し、確認を得る。
- ・進級する際は、食物アレルギー対応委員会で再度検討し、毎年度更新する。

（４）緊急時処方薬の取り扱いについて

*参照：学校におけるアレルギー疾患対応マニュアル P.36～40

- ・原則として、エピペン®などの医療用医薬品は、児童生徒本人がカバンの中に携帯・管理する。保管場所については全教職員が共通理解しておく。
- ・事情により医療用医薬品を預かる場合は、「医療用医薬品預かり書（様式６）」を提出するよう保護者に依頼する。（継続して預かりが必要な場合は、毎年度新たに提出）
- ・児童生徒がエピペン®を自己注射できない状況にある時は、原則として「①校長②教頭③担任④養護教諭⑤その他の教職員」の順で、本人に代わって注射する。

（５）事後対応について

*参照：学校におけるアレルギー疾患対応マニュアル P. 28

- ・エピペン®を使用した場合、「アドレナリン自己注射（エピペン®）使用報告書（様式１１）」を加東市教育委員会へ提出する。
- ・重大な事故には至らなかったが、ヒヤリハット事例が起こった場合、「ヒヤリハット報告書（様式１３）」を加東市教育委員会へ提出し、原因の分析、再発防止のために活用する。

（６）その他

- ・給食以外での誤食を防ぐため、遠足や校外学習等での弁当やおやつの交換禁止、またはおやつの持参禁止等の対応について配慮する。
- ・食物依存性運動誘発アナフィラキシーの児童生徒は、体育や部活動（運動部）、休憩時間の遊びなど、運動と原因食物の組み合わせにより発症することがあるため、注意する。
- ・花粉症の児童生徒は、花粉との関連が報告されている食物（野菜、果物、ナッツ類）により口腔アレルギー症候群を発症することがあるため、注意する。

3 学校給食の対応

(1) 加東市学校給食センターの対応 (資料1～3参照)

食物アレルギーのある児童生徒については、安全性を最優先するため、原因食物の完全除去対応（提供するかしないかの二者択一で、一部除去・量の加減は不可）を行う。除去食対応（調理過程で特定の食物を除去した給食）・代替食対応（除去した食物に対して何らかの食材を代替した給食）は行わない。

保護者からの申請に基づき、次のような対応を行う。

- ・詳細な献立表対応…給食の原材料を詳細に記した献立表を事前に配布し、それをもとに保護者や児童生徒自身の判断で、献立を選択して食べる対応
- ・牛乳またはパンの提供停止

- ・新年度の給食開始までに判明している場合、以下の必要書類を3月中に提出する。
- ・年度途中に新たに判明した場合、加東市学校給食センターに問い合わせ、必要期日までに提出する。

<必要書類>

- ・「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）（様式2）」（1年以内のもの）
- ・「詳細な献立表送付依頼書（様式7）」

(2) 学校の対応

①年度当初

- ・加東市では、原因食物の完全除去対応（提供するかしないかの二者択一）を行い、多段階対応は行わないと保護者に説明をする。
- ・「個別支援プラン（食物アレルギー）（様式5）」に基づき、発達段階に応じて自己管理ができるように、学校と家庭が協力して対応する。
- ・毎月、詳細な献立表を家庭に配布し、喫食しない献立の判断は家庭において行う。学校はその指示により毎日の喫食メニューについての管理を行う。
- ・詳細な献立表は、担任外の教員も確認できるように、職員室等に掲示しておく。
- ・周りの児童生徒に、食物アレルギーは好き嫌いによるものではないことを理解させ、食べることを強要したり勧めたりするなどして、アレルギー原因食物への接触や誤食の原因を作らないように指導する。

②給食時間

【給食直前（準備～配膳まで）】

- ・担任は、喫食しない献立を確認し、誤配のないように注意する。
- ・担任は、配膳時にアレルギー原因食物が該当児童生徒の食器等に付着しないよう配慮する。
- ・該当児童生徒が給食当番を行う場合は、アレルギー原因食物に触れないよう配慮する。

【給食時間（喫食時）】

- ・喫食前に、再度間違いなく配膳できているかを担任と本人で確認する。
- ・周りの児童生徒からのアレルギー原因食物への接触や誤食に注意するよう指導する。
- ・おかわりの際は、必ず担任に申し出るよう指導し、担任は保護者からの指示を再度確認し、誤食のないよう注意する。

【給食終了時】

- ・該当児童生徒の喫食状況を把握し、食後約2時間は健康状態に留意する。
- ・少しでも異変が認められる場合は、アレルギー反応の可能性を考え、対応する。

*参照：学校給食における食物アレルギー対応指針（文部科学省）P.36～37

学校におけるアレルギー疾患対応マニュアル P.17～23

詳細な献立表（アレルギー対象食品使用献立一覧表）について

（１）食品の番号（記号）と成分表について

- ・各使用期間に応じて下の番号（記号）が付く。（野菜等の一部は対象外）

＜番号（記号）例：令和(R)3年度＞

R3.	年間使用食品	（使用期間：R3年4月1日 ～R4年 3月31日）
R3.①	1学期間使用食品	（使用期間：R3年4月1日 ～R3年 8月31日）
R3.②	2学期間使用食品	（使用期間：R3年9月1日 ～R3年12月31日）
R3.③	3学期間使用食品	（使用期間：R4年1月1日 ～R4年 3月31日）
◇	各月使用食品	（月ごとに業者等変更あり）

- ・使用期間に応じてアレルギー成分を含む食品の成分表が詳細な献立表と一緒に配布される。
- ・使用期間中の成分表は各家庭で保管する。（各校にも同様のものが配布される。）

（２）アレルギー対象食品の記号について

- ・食品及び加工食品の原材料でアレルギー対象食品（特定原材料※1・特定原材料に準ずるもの※2）を使用している場合は「○」が表示される。
- ・コンタミネーション（微量混入）の可能性（同一工場、製造ライン上で特定原材料・特定原材料に準ずるものを使用した別製品を製造した場合や製造には本来含まれないが触媒等で使用している場合）があるものには「△」が表示される。
- ・特定原材料・特定原材料に準ずるもの以外は表記ができないため、詳細は年間・各学期・各月ごとに配布している成分表で各自確認する。

※1：特定原材料・・・小麦、そば、卵、乳、落花生、えび、かに、くるみ（8品目）

※2：特定原材料に準ずるもの・・・あわび、いか、いくら、オレンジ、キウイフルーツ、牛肉、さけ、さば、大豆、鶏肉、豚肉、マカダミアナッツ、もも、やまいも、りんご、ゼラチン、バナナ、カシューナッツ、ごま、アーモンド（20品目）

（３）原因食物に配慮した食品・料理等

- ・そば ……使用しない。※3
- ・落花生 ……使用しない。※3
- ・マヨネーズ…卵不使用のマヨネーズ（ノンエッグマヨネーズ）を使用する。
- ・菜種白絞油…揚げ物調理用の◇菜種白絞油については、毎回新しい油を使用しているわけではないため、揚げ物料理には目印として●が付く。（例：●春巻き）
- ・コッペパン…脱脂粉乳不使用。ただし、コッペパンの代わりに別業者から購入する食品は、特定原材料の表記について使用月に配布する成分表で確認する。
（コッペパン：ぶどうパン、黒糖パン、キャロットパン、パインパン、揚げパンなど、各減量パンも含む）

※3：原材料では使用しないがコンタミネーション（微量混入）の可能性（同一工場、製造ライン上で特定原材料・特定原材料に準ずるものを使用した別製品を製造した場合や製造には本来含まれないが触媒等で使用している場合）があるものには「△」を表示し使用する。

（４）その他

- ・調理機器（釜、しゃもじ、ひしゃく等）、洗浄用具（スポンジ等）については十分に洗浄・消毒を行っているが区分はしていない。

○：アレルギー対象食品
△：コンタミネーション（微量混入）

4 教職員の共通理解、校内研修

食物アレルギーのある児童生徒について、教職員全員が正しく理解し情報を共有するとともに、緊急時に誰もが適切に対応できるよう、校内研修を実施する。

（１）時期

年度初め（給食開始まで）に、教職員全員の共通理解を図る。また、年度途中で新たに判明した場合や児童生徒の状態が変わった時は、その都度教職員全員で共通理解を図る。

（２）共通理解、校内研修について

「個別支援プラン（食物アレルギー）（様式５）」や「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）（様式２）」等で、児童生徒の病態、学校生活や給食における留意点などについて共通理解を深める。また、緊急時の対応や薬剤使用時の留意点についても確認をする。

ヒヤリハット事例が起こった場合には、「ヒヤリハット報告書（様式１３）」を作成して教職員全員で共通理解を図り、校内でのヒヤリハット事例の再発防止に取り組む。また、加東市教育委員会へ提出する。

【DVDを使用した研修例】 学校におけるアレルギー疾患対応資料 DVD（文部科学省 公益財団法人日本学校保健会）

「食物アレルギーの緊急時対応について」（研修時間の目安 １時間） ねらい：食物アレルギーの緊急時の対応ができるようにする。	
プレゼン４の視聴（約７分）	
視聴	○研修資料４：緊急時の対応 ※必要な場合は、「研修資料１：学校におけるアレルギー疾患対応の基本的な考え方」「研修資料２：食物アレルギーに関する基礎知識」を視聴する。
緊急時の対応と役割分担等の確認	
確認 検討周知	○本書をもとに、緊急時の対応のながれと各自の役割分担、分担業務等を確認する。 ○課題等があった場合は、改善策を検討し、全教職員に知らせる。
映像１、２の視聴（約７分）	
視聴	○映像１：エピペン®の正しい打ち方 ○映像２：救急要請のポイント
緊急時対応訓練	
訓練 （シミュレーション） 話し合い	○実際に緊急時の対応をシミュレーションしてみる。 ・役割分担を決め実際に教室等を使用して行う。 （事故発生場所以外で手があいている教師は、観察者となる） ・応急手当の仕方 ・応援の要請手順 ・エピペンを打つタイミング、打ち方の確認 ・救急車要請の電話のかけ方、保護者への連絡の仕方 ○シミュレーションの反省

5 校内救急体制

第1発見者「観察、応急手当、第2発見者の要請」

- ☐ 子どもから離れず観察 ※子どもを動かさない
- ☐ 助けを呼び、人を集める（大声または、他の子どもに呼びに行かせる、内線電話や携帯電話を使用する）
- ☐ 管理職が到着するまでリーダー代行となる
- ☐ 応急手当（洗う・体位・保温）
- ☐ 第2発見者職員A～Eに「準備・応急手当」「連絡」「記録」を依頼

第2発見者

→ 管理職

職員A・B「準備・応急手当」

- ☐ 応急手当
- ☐ 心肺蘇生
- ☐ AED・エピペン・
内服薬の準備または使用
- ☐ 保健調査票を現場に持参

職員C・D「連絡」

- ☐ 管理職を呼ぶ
- ☐ 救急車の要請
(119番通報)
- ☐ 保護者への連絡

職員E「記録」

- ☐ 容態変化、処置
内容を時系列
で記録用紙に
記入

- ☐ 現場に到着次第
リーダーとなる
- ☐ それぞれの役割
の確認および指
示
- ☐ 心肺蘇生やAED
の使用確認
- ☐ エピペンの使用
確認

職員F・G「他の子への対応」

- ☐ 周囲の子どもへの指示と
対応
- ☐ 校内放送

職員H「救急車の誘導」

- ☐ 救急車の誘導
最低_____名
立つポイント_____

全体指揮(それぞれの役割確認)

- ① 校長
- ② 教頭
- ③
- ④
- ⑤

確認!

※病院受診する際持つて行くもの：保健調査票、使用したもの（AED、エピペン、その他）、
内服薬が分かるもの、救急処置経過記録表（様式10）、携帯電話
※救急車を要請した際、同乗・付き添いが必要。また、同乗・付き添い者の迎えも用意すること。

救急車要請基準

- ・呼吸困難なもの
- ・意識喪失の持続するもの
- ・ショック症状の持続するもの
- ・多量の出血を伴うもの
- ・骨の変形をおこしているもの
- ・大きな開放創をもつもの
- ・けいれんの持続するもの
- ・広範囲の熱傷を受けたもの
- ・原因不明の激痛の持続するもの
- ・その他救急車要請が必要と判断されるもの

★食物アレルギー特有の症状

- ・お腹（腹痛・嘔吐・下痢）と皮膚（じんましん・かゆみ・舌や唇の腫れ）の症状が同時にあるもの

6 医療用医薬品と関係書類の管理方法

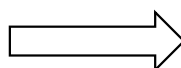
(1) 医療用医薬品（エピペン）の自己管理の方法（例）

【毎日の点検の流れ】

- ①登校前、家庭で、エピペンがランドセルに入っているか確認をする。
- ②登校後、児童は、ランドセルを担任の机の上に置く。



- ③担任は、ランドセル内のエピペンの有無を確認する。



- ④確認後、本人がロッカーへランドセルを置く。



←カラーシールを貼り、一目で分かるようにする

※遠足等の校外行事においても、同様に点検を行う。

(2) 医療用医薬品（エピペン）を学校で管理する方法（例）

職員室 保健調査票、家庭調査票、エピペン、必要書類の管理

（上段）保健調査票、家庭調査票

（下段）エピペンは個人ケースに入れて管理



- ① 学校生活管理指導表（様式2）
- ② 食物アレルギー緊急時個別対応カード（様式3）
- ③ 緊急時の連携に伴う依頼書（様式4）
- ④ 救急処置経過記録表（様式10）



内容

- ① エピペン
- ② 内服薬
- ③ 医療用医薬品預かり書（様式6）



ケースの上には、名前、薬品名登録状況を明記する。

保健室 救急セットと必要書類（コピー）の管理



職員室と同様の必要書類（コピー）を管理

- ① 学校生活管理指導表（様式2）
- ② 食物アレルギー緊急時個別対応カード（様式3）
- ③ 緊急時の連携に伴う依頼書（様式4）
- ④ 救急処置経過記録表（様式10）

各種様式

食物アレルギーに関する調査票

年 組 名前： _____
 記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
 記入者： _____

I 食物アレルギーについて

1 発症について

(1) 最初に、症状が出た時期・年齢 (_____ 歳 _____ ヶ月頃)

原因食品 (_____)

(2) 最近、症状が出た時期・年齢 (_____ 歳 _____ ヶ月頃)

原因食品 (_____)

2 現在、除去をしている食べ物がありますか

☐ ない → 質問は以上です ☐ ある → 以下についてもご記入ください

除去が必要な食品	除去の程度	除去の判断をした人
	完全除去 : <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 微量の混入 : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 製造ラインが同じ : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 加工品の摂取 : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 本人判断で取り除き : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
	完全除去 : <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 微量の混入 : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 製造ラインが同じ : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 加工品の摂取 : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 本人判断で取り除き : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
	完全除去 : <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 微量の混入 : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 製造ラインが同じ : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 加工品の摂取 : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 本人判断で取り除き : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> その他 (_____)

3 過去に除去をしていたが、現在は食べられるようになった食べ物がありますか

☐ ない ☐ ある (食べ物名: _____)

II 食物アレルギーの具体的な症状について

1 今まででた症状について、当てはまるもの全てにチェックを入れてください

☐ 顔や目の周りの赤み、腫れ ☐ のどや口のかゆみ ☐ 唇や舌の腫れ

☐ 声がかすれる ☐ ぜん息 ☐ 腹痛 ☐ 嘔吐 ☐ 下痢

☐ アナフィラキシー症状 ☐ 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、最終発症年月: _____ 年 _____ 月、原因: _____ 症状: _____)

※「エピペン®」を処方されている場合にお答えください。

・今までに「エピペン®」を使用した回数: _____ 回

・最後に「エピペン®」を使用した時の状況

(最終使用日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 注射した人: _____ 症状: _____)

2 原因食品摂取後にでる症状について記入してください

食 品 名	症 状
	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある（症状： ）
	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある（症状： ）
	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある（症状： ）

3 運動後に症状がでたことがありますか

☐ない ☐ある（ ☐食事との関連あり ☐食事との関連なし ☐不明 ）

Ⅲ 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→下の項目について記入してください

①

薬品名	作用	服用時間・服用回数

②学校に薬品の携帯を希望しますか

☐希望しない

☐希望する（薬品名： ）

③お子様が自分で薬の管理ができますか ※原則、自己管理となります

☐管理できる

☐管理できない ※学校で預かる場合は、様式6「医療用医薬品預かり書」の提出が必要です

Ⅳ 学校給食において食物アレルギーによる個別対応を希望しますか

☐希望しない → ☐給食に出ないため、除去するものはない

☐本人の判断で取り除く ※本人の判断で取り除けるようにご家庭で指導をお願いします

☐希望する 個別対応を希望される場合は、学校生活管理指導表が必要となります

以下、複数ある場合は、全てにチェックしてください

→ ☐詳細な献立表の配布を希望する

※給食の原材料を詳細に記した献立表を配布します

事前に、喫食しない献立の判断は家庭で行い、学校はその指示により毎日の喫食メニューの管理を行います

☐牛乳・パンの停止を希望する

（停止する食品：☐牛乳 ☐パン）

※牛乳を停止する場合は、乳が含まれる献立は食べられません

パンを停止する場合は、小麦が含まれる献立は食べられません

☐給食を完全停止し、弁当を持参する

☐食べられない献立に対して、一部弁当を持参する

Ⅴ お子様の食物アレルギーについて、心配なことがありましたらご記入ください

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		【緊急時連絡先】	
Ⅱ 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 Ⅲ 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		Ⅱ 給食 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅲ 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅳ 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅴ 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅵ 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。		★保護者 電話： _____ ★連絡医療機関 医療機関名： _____ 電話： _____	
Ⅲ 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 〈 〉 2. 牛乳・乳製品 〈 〉 3. 小麦 〈 〉 4. ソバ 〈 〉 5. ビーナッツ 〈 〉 6. 甲殻類 〈 〉 7. 木の実類 〈 〉 8. 果物類 〈 〉 9. 魚類 〈 〉 10. 肉類 〈 〉 11. その他1 〈 〉 12. その他2 〈 〉		鶏卵：卵殻カルシウム 牛乳：乳糖・乳清焼成カルシウム 小麦：醬油・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 Ⅶ その他の配慮・管理事項（自由記述）		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____	
Ⅲ 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 〈 〉		Ⅲ 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 〈 〉		★保護者 電話： _____ ★連絡医療機関 医療機関名： _____ 電話： _____	
Ⅲ 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良 Ⅲ-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		Ⅲ 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅳ 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 Ⅴ 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅵ その他の配慮・管理事項（自由記述）		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____	
Ⅲ-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		Ⅲ-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		★保護者 電話： _____ ★連絡医療機関 医療機関名： _____ 電話： _____	
Ⅲ-3 長期管理薬（注射） 1. 生物学的製剤		Ⅲ-3 長期管理薬（注射） 1. 生物学的製剤		★保護者 電話： _____ ★連絡医療機関 医療機関名： _____ 電話： _____	
Ⅳ 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		Ⅳ 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		★保護者 電話： _____ ★連絡医療機関 医療機関名： _____ 電話： _____	

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 _____ 月 _____ 日 提出日

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：面積に関わらず、軽度の皮疹のみ見られる。 2. 中等症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満に見られる。 3. 重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満に見られる。 4. 最重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上に見られる。 ＊軽度の皮疹：軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変 ＊強い炎症を伴う皮疹：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. タクロリムス軟膏 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	A フール指導及び長時間の紫外線下の活動 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	
	病型・治療		学校生活上の留意点	記載日
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（ ）	A フール指導 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	
	病型・治療		学校生活上の留意点	記載日
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（タニ・スギ） 4. その他（ ）	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	
	病型・治療		学校生活上の留意点	記載日

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 _____

食物アレルギー緊急時個別対応カード

※保護者記入




学年・組	年 組	年 組	年 組	年 組	年 組	年 組
フリガナ				性別	生年月日	
名 前				男 女	年 月 日生	
住 所						
緊急時 連絡順		名 前		続柄	電話番号	
	1					
	2					
	3					
医療機関	病院名（医師の名前）				電話番号	
主治医	（ 先生）					
緊急時	（ 先生）					
アレルギー について 当てはまる 番号に○を する	食物アレルギーの病型					
	アナフィラキシーショックの既往		① 有 ② 無	ぜん息	① 有 ② 無	
	アレルギー の原因と なるもの		① 鶏卵 ② 牛乳・乳製品 ③ 小麦 ④ ソバ ⑤ 甲殻類（エビ・カニ） ⑥ その他（ ）			
	緊急時 処方薬 「エピペン®」 を含む		種 類		保管場所	
			① 内服薬（抗ヒスタミン剤・ステロイド薬） 【薬品名】			
			② 吸入薬【薬品名】			
			③ 「エピペン®」（0.15mg ・ 0.3mg ）			
④ その他（ ）						
特記事項						

特に過敏であることが予想され注意を要するもの【 】

食物アレルギー発症時は、症状チェックシート・緊急時対応プラン・個別支援プランに基づいて対応します。
この対応カードは緊急時に備え、教職員全員及び消防署で情報共有します。

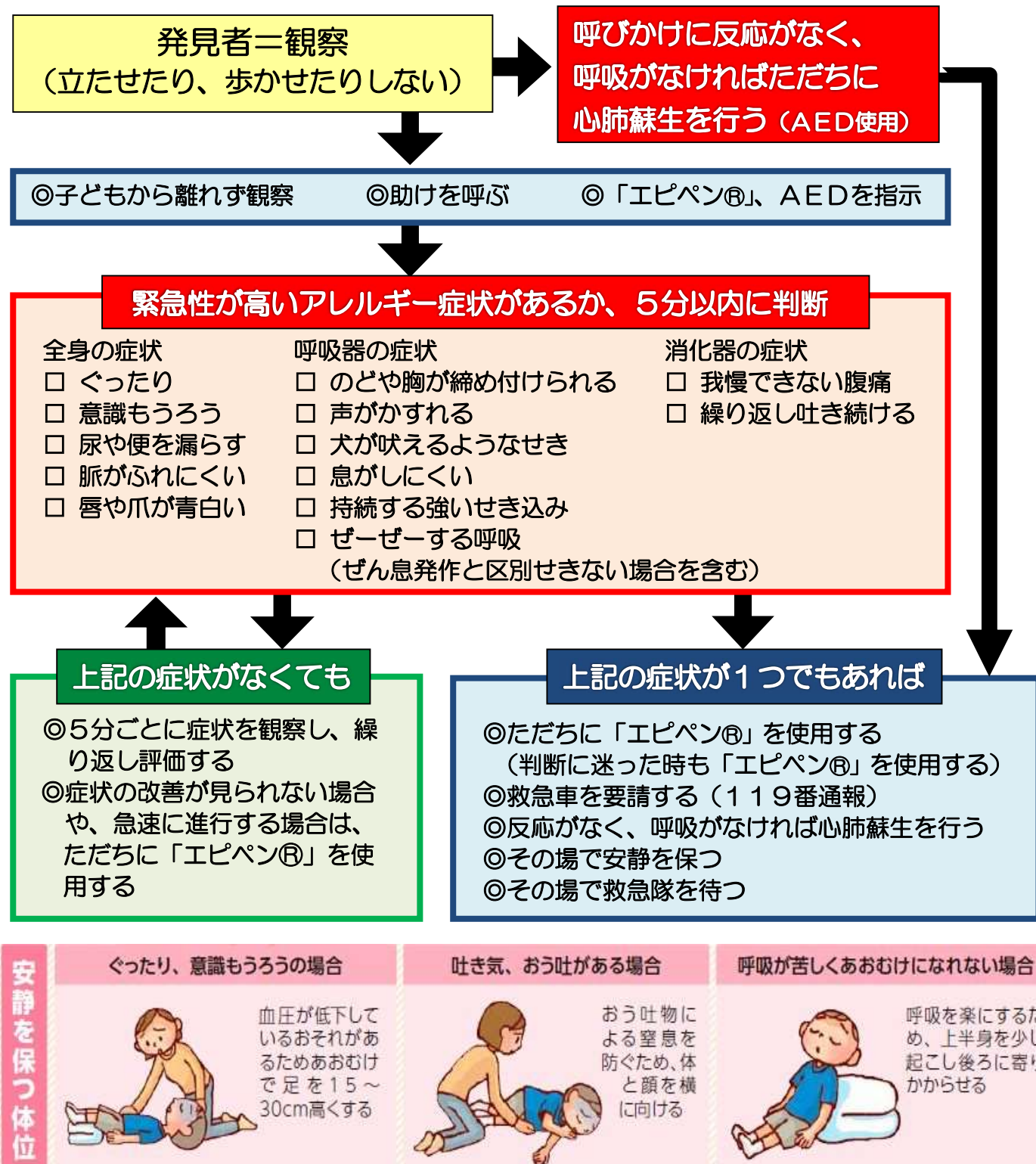
保護者確認年月日 年 月 日 保護者名

アレルギー発症時の症状チェックシート

<div>何らかのアレルギー症状がある (食物の関与が疑われる)</div> <div>原因食物を食べた (可能性を含む)</div> <div>原因食物に触れた (可能性を含む)</div>		<div>呼びかけに対して反応がなく、呼吸がなければ、心肺蘇生を行う</div>	
<div>症状をチェック 5分以内に 緊急性が高い症状からチェック</div>			
<div>全身の症状</div> <div>呼吸器の症状</div> <div>消化器の症状</div> <div>目・口・鼻・顔面の症状</div> <div>皮膚の症状</div>	緊急性が高いアレルギー症状 <input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 意識もうろう <input type="checkbox"/> 尿や便を漏らす <input type="checkbox"/> 脈が触れにくいまたは不規則 <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い		
	<input type="checkbox"/> のどや胸がしめ付けられる <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 犬が吠えるような咳 <input type="checkbox"/> 息がしにくい <input type="checkbox"/> 持続する強い咳き込み <input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸	<input type="checkbox"/> 数回の軽い咳	
	<input type="checkbox"/> 持続する強い(がまんできない)お腹の痛み <input type="checkbox"/> 繰り返し吐き続ける	<input type="checkbox"/> 中等度のお腹の痛み <input type="checkbox"/> 1~2回のおう吐 <input type="checkbox"/> 1~2回の下痢	<input type="checkbox"/> 軽い(がまんできる)お腹の痛み <input type="checkbox"/> 吐き気
	<div>上記の症状が1つでも当てはまる場合</div>	<input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ <input type="checkbox"/> まぶたの腫れ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ、充血 <input type="checkbox"/> □の中の違和感、唇の腫れ <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、鼻づまり
		<input type="checkbox"/> 強いかゆみ <input type="checkbox"/> 全身に広がるじんま疹 <input type="checkbox"/> 全身が真っ赤	<input type="checkbox"/> 軽度のかゆみ <input type="checkbox"/> 数個のじんま疹 <input type="checkbox"/> 部分的な赤み
		1つでも当てはまる場合	1つでも当てはまる場合
<div>①ただちにエビペン®を使用する</div> <div>②救急車を要請する(119番)</div> <div>③その場で安静を保つ</div> <div>④その場で救急隊を待つ</div> <div>⑤可能なら内服薬を飲ませる</div> <div> ただちに救急車で医療機関へ搬送 </div>		<div>①内服薬を飲ませ、エビペン®を準備</div> <div>②速やかに医療機関を受診(救急車の要請も考慮)</div> <div>③医療機関に到着するまで少なくとも5分ごとに症状の変化を観察。 <input type="checkbox"/> の症状が1つでも当てはまる場合、エビペン®を使用 </div> <div> 速やかに医療機関を受診 </div>	<div>①内服薬を飲ませる</div> <div>②少なくとも1時間は、5分ごとに症状の変化を観察し、症状の改善がみられない場合は医療機関を受診</div> <div> 安静にし 注意深く経過観察 </div>
<div>安静を保つ体位</div>	<div>ぐったり、意識もうろうの場合</div>  <p>血圧が低下しているおそれがあるためあおむけで足を15~30cm高くする</p>	<div>吐き気、おう吐がある場合</div>  <p>おう吐物による窒息を防ぐため、体と顔を横に向ける</p>	<div>呼吸が苦しくあおむけにできない場合</div>  <p>呼吸を楽にするため、上半身を少し起こし後ろに寄りかからせる</p>

「ぜんそく予防のために食物アレルギーを正しく知ろう」(一部引用) 独立行政法人 環境再生保全機構

アナフィラキシー発症時の緊急時対応プラン



【「エピペン®」を使用した時には】

- ①「エピペン®」はアナフィラキシー発症時の補助治療剤であり、医療機関の治療に代わり得るものではないことから、直ちに医師による診察を受けること。
- ②「エピペン®」を注射したことを医師に伝え、太ももの注射部位を示すこと。また、使用済みの「エピペン®」は医師に渡すこと。

() 消防署長 様

学校名

校長名

緊急時の連携に伴う依頼書

下記の児童生徒について、緊急時の対応に御配慮いただきますようお願いいたします。

記

1. 対象児童生徒名 性別 () (H・R 年 月 日生)
2. 保護者名
3. 住所 自宅電話番号
4. 緊急連絡先
 - (1)
 - (2)
5. 児童生徒の状況について
 - (1) 診断名
 - (2) かかりつけ医療機関
 - ア 医療機関名 (科)
 - イ 主治医師名
 - ウ 住所
 - エ 電話番号
 - オ 児童生徒の状況
6. 依頼事項
7. 保存期限 (年度毎の更新)

上記の緊急時の連携について、学校長了承の上依頼いたします。

保護者名

※学校作成後、保護者確認署名

学年・組	年 組	年 組	年 組	年 組	年 組	年 組
ふりがな 名前				性別		生年 月 日 年 月 日生

病型・症状

食物アレルギー病型	<input type="checkbox"/> 即時型 <input type="checkbox"/> 口腔アレルギー症候群 <input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー			ぜんそく	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (年 月 日)
アレルゲン (原因食物・原因物質・ 誘因 など)					
除去の程度					
アレルギー症状 発症時の主な症状	(月 日発症)	(月 日発症)	(月 日発症)	(月 日発症)	(月 日発症)
上記症状の発症頻度					
発症時の対応					
アナフィラキシー ショックの既往	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (年 月 日)

かかりつけ医療機関

医療機関名	電話番号	医療機関住所	主治医名
			先生
* 救急車登録 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)			

緊急時処方薬

種類	管理方法
内服薬 ()	<input type="checkbox"/> 本人 (保管場所:) <input type="checkbox"/> その他 ()
吸入薬 ()	<input type="checkbox"/> 本人 (保管場所:) <input type="checkbox"/> その他 ()
エピペン <input type="checkbox"/> 0.15mg <input type="checkbox"/> 0.3mg	<input type="checkbox"/> 本人 (保管場所:) <input type="checkbox"/> その他 ()
エピペン使用期限	年 月 日まで
エピペン処置者順位	①本人 ②校長 ③教頭 ④担任 ⑤養護教諭 ⑥その他の教職員
その他 ()	<input type="checkbox"/> 本人 (保管場所:) <input type="checkbox"/> その他 ()
使用時の留意事項と 使用基準	

学校生活における留意点

運動	休み時間		
	部活動		
授業	体育		
	家庭科 (調理実習)		
行事			
給食	準備 片付け 給食当番		
	食べ方	<input type="checkbox"/> 詳細な献立表により献立を選択して喫食する <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/> 牛乳・ <input type="checkbox"/> パン) を停止する <input type="checkbox"/> 給食を停止し、弁当を持参する	特記事項
		喫食しない献立 <div style="float: right;"> 喫食しない献立の判断 <input type="checkbox"/> 保護者判断 <input type="checkbox"/> 本人判断 </div>	
その他			

学校における日常の取組および緊急時の対応に活用するため、記載された内容を教職員全員で共有することに同意します。

保護者確認年月日 年 月 日 保護者名 _____

保護者との面談記録・特記事項 等

面談日	確認事項・特記事項	出席者	保護者印 またはサイン
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			

医療用医薬品預かり書(依頼書)

学校では、原則として薬のお預かりはできません。ただし、アレルギーなどの慢性疾患を有するなどやむを得ない事由のある場合は、学校において薬を預かるかどうかの判断をさせていただきます。

なお、薬の服用等におきましては、お子様が自ら行うこととし、学校でお預かりする薬は、医師の指示に基づいた医療用医薬品のみとなります。薬の預かりを希望する場合は、以下をご記入いただき、預かりを希望する薬と薬剤情報提供書の写しとともに、学校にご提出ください。

児童生徒氏名				性別	男 ・ 女
学年・組		年 組 担任()	生年月日	年 月 日	
診断名					
主な症状等					
医 薬 品 に つ い て	現在使用している 医薬品名				
	使用に当たっての 注意事項				
	保管についての 注意事項	保存方法	常温 ・ 冷蔵		
		定期的な点検 交換の時期			
薬物アレルギーの有無		有 ・ 無	医薬品名と症状		
その他の連絡事項		服用の際、配慮すべきことがあればご記入ください			
<p>加東市立 学校長 様</p> <p>上記のとおり薬の保管を依頼します。また、本表に記載された内容を教職員で共有することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">児童・生徒氏名</p> <p style="text-align: right;">保護者氏名</p>					

学校 号
年 月 日

加東市学校給食センター所長 様

加東市立 学校長

詳細な献立表送付依頼書

平素は、本校教育の推進について格別のご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。
さて、下記の児童・生徒につきまして、詳細な献立表を送付していただきますようよろしくお願いいたします。

記

1 対象児童・生徒名： (年 組)

2 原因食品：

3 パン・牛乳の除去：

パンの除去 (必要 ・ 不要) 牛乳の除去 (必要 ・ 不要)

4 添付書類

☐ 学校生活管理指導表

☐ 医療機関の診断書

救急処置経過記録表

記載者名

記録日

年

月

日

1	年 組	児童生徒名 (男・女)			
2	アレルギー 摂取・接触 状況	時 分		場所	
		アレルギー		量	
		状況			
3	処置した項目に○をつける				特記すべき事項 ※脈拍・呼吸・体温などを計った場合は時間も記入する
	アレルギー の除去	<input type="checkbox"/> 口の中のものを取り除く	<input type="checkbox"/> 口をすすぐ	時 分	
		<input type="checkbox"/> 手を洗う	<input type="checkbox"/> 目や顔を洗う		
	緊急時 処方薬	内服薬を服用させる		時 分	
		吸入薬を吸入させる		時 分	
	エピペン®	エピペン®を本人に持たせる		時 分	
		エピペン®を注射する 【 誰が 】		時 分	
心肺蘇生	心肺蘇生を開始する		時 分		
4	救急車	要請した時刻	時 分	救急隊員に引き継いだ時刻	時 分
5	医療機関	連絡した時刻	時 分	医療機関に到着した時刻	時 分
		搬送先			
6	保護者	連絡した時刻	時 分	内容	

確認された 症状に チェックする	症状	時間	緊急性が高いアレルギー症状		
	全身の 症状	時 分	<input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 意識もうろう <input type="checkbox"/> 尿や便を漏らす <input type="checkbox"/> 脈がふれにくいまたは不規則 <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い		
	呼吸器 の症状	時 分	<input type="checkbox"/> のどや胸が締め付けられる <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 犬が吠えるような咳 <input type="checkbox"/> 息がしにくい <input type="checkbox"/> 持続する強い咳き込み <input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸	<input type="checkbox"/> 数回の軽い咳	
	消化器 の症状	時 分	<input type="checkbox"/> 持続する強い（がまんできな い）お腹の痛み <input type="checkbox"/> 繰り返して吐き続ける	<input type="checkbox"/> 中等度のお腹の痛み <input type="checkbox"/> 1～2回のおう吐 <input type="checkbox"/> 1～2回の下痢	<input type="checkbox"/> 軽いお腹の痛み <input type="checkbox"/> 吐き気
	目口鼻 顔面の 症状	時 分	<div style="background-color: red; color: white; padding: 10px; text-align: center;"> 上記の症状が 一つでも当てはまる場合 </div>	<input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ <input type="checkbox"/> まぶたの腫れ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ <input type="checkbox"/> 口の中の違和感、唇の腫れ <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、鼻づまり
皮膚の 症状	時 分	<input type="checkbox"/> 強いかゆみ <input type="checkbox"/> 全身に広がるじんま疹 <input type="checkbox"/> 全身が真っ赤		<input type="checkbox"/> 軽度のかゆみ <input type="checkbox"/> 数個のじんま疹 <input type="checkbox"/> 部分的な赤み	

◎ただちに「エピペン®」を使用する（判断に迷った時も「エピペン®」を使用する）

◎救急車を要請する（119番通報）

◎反応がなく、呼吸がなければ心肺蘇生を行う

◎その場で安静を保つ

◎その場で救急隊を待つ

加東市教育委員会 様

学校名・校長名
電話番号

アドレナリン自己注射薬(「エピペン®」等)使用報告書

下記のとおりアドレナリン自己注射薬(「エピペン®」等)を使用したので報告します。

記

1	発生日時	令和 年 月 日 ()	時 分
2	学部・学年・組 氏名・性別	年 組	男 女
3	発生した場合	登校時 下校時 休憩時間 給食・昼食時 授業中 () 部活動中 () 部 その他 ()	
4	「エピペン®」等 を使用した場所	通学路 普通教室 特別教室 体育館 校庭 保健室 その他 ()	
5	「エピペン®」等 を使用した者	本人 保護者 管理職 養護教諭 学級担任 教科担任 () その他 ()	
6	救急車要請	有り 無し	受診病院名
7	原因と思われる アレルゲン	鶏卵 牛乳 乳製品 小麦 ソバ 甲殻類 不明 その他 () ※給食の場合は、当日の献立表を添付すること	
8	「エピペン®」等 を使用に至った 経緯と学校にお いて とった処置	※記入例を参考に、なるべく時系列で記入すること	
9	[検証] 原因・問題点		
10	今後の対策		

除去解除申請書

年 月 日

(学校名) _____
(年組) _____
(児童生徒氏名) _____

本児童生徒は学校生活管理指導表により除去していた
(食品名: _____) について、医師の指導の元、これまでに複数
回摂取して症状が誘発されていませんので、学校給食における除去解除をお願い
します。

(保護者氏名) _____

ヒヤリハット報告書

発生日時	年 月 日 () 時 分			
学年・組 氏名・性別	年 組 (男 ・ 女)			
場合				
場所				
食物アレルギーについて	病 型		アナフィラキシー ショックの既往	有 ・ 無
	アレルゲン		緊急時処方薬	
災害発生 の状況 ・ 応急処置 ・ 連絡 ・ 事後措置等				
原因・問題点				
再発防止のた めの解決策				
県または市の マニュアル該 当ページ				