



**食物アレルギーに関する調査票 兼
食物アレルギー除去食・給食停止実施申請書**

(ふりがな) 児童・生徒名		新学年	年	生年月日	年 月 日
住 所	〒			電話番号	

※質問に対し、当てはまる事柄を○で囲み、必要事項を記入してください。

アレルギー疾患について	【質問1】 現在治療中のアレルギー疾患がありますか？ いいえ ・ はい ・気管支喘息 ・アレルギー性鼻炎 ・アトピー性皮膚炎 ・アレルギー性結膜炎 ・その他()				
	【質問2】 アレルギー症状を引き起こす原因は何ですか？ ・食品(種類は【質問3】以降) ・ペットのフケ、毛等 ・花粉 ・カビ ・ハチ毒 ・ダニ ・ハウスダスト ・ラテックス(天然ゴム) ・金属 ・医薬品() ・その他()				
食物アレルギーの原因食品	【質問3】 食物アレルギーを起こす原因食品は何ですか？ 食品名()				
	【質問4】 現在除去中の食品はありますか？ いいえ ・ はい → (食品名:)				
	【質問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:)				
	【質問6】 アレルギー検査を受けたことがありますか？ いいえ ・ はい → 結果 (陽性 食品名:) (最終検査年月: 年 月)				
アレルギー症状について	【質問7】 原因食品を摂取後に起こる症状は？				
	食品名	症状	アナフィラキシー	運動誘発	アナフィラキシーショック
			有・無	有・無	有・無 ※有の場合 回数: 回 最終発症日: 年 月 医療機関名:
			有・無	有・無	有・無 ※有の場合 回数: 回 最終発症日: 年 月 医療機関名:
			有・無	有・無	有・無 ※有の場合 回数: 回 最終発症日: 年 月 医療機関名:

裏面も記載する欄があります

食物アレルギーの治療について	【質問8】 現在アレルギー疾患のために処方されている薬はありますか？ いいえ ・ はい → 内服薬・吸入薬・外用薬・注射薬・その他（ ）
	【質問9】 学校園に携帯を希望する薬はありますか？ いいえ ・ はい → 内服薬・吸入薬・外用薬・注射薬・その他（ ） 薬剤名（ ） 保管場所（ ） ■質問9 で はい と答えられた方 ○携帯を希望する薬は、児童・生徒自身で管理及び使用できますか？ いいえ ・ はい ※具体的な管理及び使用方法是学校と要相談
給食への対応	【質問10】 学校給食に何か配慮が必要とお考えですか？ いいえ はい → 具体的な管理及び使用方法是学校園と要相談
運動や課外活動等の留意点	【質問11】 医師から運動や課外活動・調理実習・宿泊・学校生活等で注意を受けていますか？ いいえ はい → 指導内容
（要望・合意事項）その他	

★ 学校園における日常の取り組み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教職員全員で共有することに同意します。また、食物アレルギー除去食の実施に当たり、微量混入(コンタミネーション)の可能性があることに同意いたします。

保護者署名： _____

※以下、食物アレルギー除去食・給食停止の実施が必要な場合に記入してください。

食物アレルギー除去食・給食停止実施申請書

食物アレルギーによる学校給食への対応について、次のとおり学校生活管理指導表(診断書、意見書等)を添えて申請します。

(ふりがな) 児童・生徒名		新学年	年	生年月日	年 月 日
希望する 対応内容 (該当項目にチェック)	☐ 除去食希望 《 ☐ 卵類 ・ ☐ 牛乳・乳製品 》 ☐ 給食停止希望 ☐ 給食一部停止希望 ☐ 牛乳停止 ☐ ごはん停止 ☐ パン停止 ☐ 弁当(または代替食)持参(食物名) ☐ その他()				
緊急連絡先		続柄		電話番号	
		続柄		電話番号	
かかりつけの 医療機関				電話番号	

※食物アレルギーに係る学校給食費返金等の申請書類が別途ございます。

返金については別途定められた基準に沿って対応させていただきます。

(別紙様式14の3)

情報提供先学校名 _____
学校医等 _____ 殿

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
アレルギー疾患 あり なし	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	★保護者 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 ()	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	★連絡医療機関 医療機関名 電話
アレルギー疾患 あり なし	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. ピーナッツ 《 》 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 《 》 ()	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	【緊急時連絡先】 記載日 年 月 日 医師名 医療機関名
	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 ()	F その他の配慮・管理事項(自由記述)	

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2

記入年月日： 年 月 日

アドレナリン自己注射薬(エピペン®)対応票

新 学 年 年 (ふりがな) 児 童 ・ 生 徒 名 :
 生 年 月 日 : 年 月 日

※質問に対し、当てはまる事柄を○で囲み、必要事項を記入してください。

【質問1】 食物アレルギーを起こす原因食品は何ですか？ 食品名 ()
【質問2】 これまでに食物アレルギーの症状がおきたことがありますか？ (い い え ・ はい) (食品名 : 症状)
【質問3】 主治医から運動や課外活動・調理実習・宿泊・学校生活等で注意を受けていますか？ (い い え ・ はい) 指導内容
【質問4】 緊急時の対応についてどのようにお考えですか？ご希望についてお書きください。
★学校園における日常の取り組み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教職員全員で共有することに同意します。 保 護 者 署 名 : _____

以下、面談時に記入

薬剤使用時の留意事項等	使用薬剤名	
	管 理 方 法	本人保管 ・ 学校園保管 [理由]
	保 管 場 所	
	保 管 期 間 (更新時期)	
	使 用 条 件	
	使 用 上 の 留 意 点	
学校園記入欄		

年 月 日

保 護 者 様

和泉市立

学校長

食物アレルギー除去食・給食停止 実施決定について（通知）

この度申請のありました食物アレルギー除去食・給食停止について、下記のとおり決定しましたので、お知らせいたします。

記

(ふりがな) 児童・生徒名		年 組	年 組
------------------	--	-----	-----

対応開始日	年 月 日
対応内容	☐ 除去食の対応 《 ☐ 卵類 ・ ☐ 牛乳・乳製品 》 ☐ 給食の停止（弁当持参） ☐ 給食の一部停止 { ☐ 牛乳停止 ☐ ごはん停止 ☐ パン停止 ☐ おかず全部停止 ☐ おかず一部停止（ ） ☐ その他（ ）
その他	

記入年月日 年 月 日

和泉市立

学校長 様

保護者氏名

食物アレルギー除去食・給食停止 変更・解除申請書

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(変更 ・ 解除)を申請いたします。

記

(ふりがな) 児童・生徒名		年 組	年 組
------------------	--	-----	-----

対応開始日		年 月 日
対応内容	変更前	☐ 除去食の対応 《 ☐ 卵類 ・ ☐ 牛乳・乳製品 》 ☐ 給食の停止 (弁当持参) ☐ 給食の一部停止 ☐ 牛乳停止 ☐ ごはん停止 ☐ パン停止 ☐ おかず全部停止 ☐ おかず一部停止 () ☐ その他 ()
	変更後	☐ 除去食の対応 《 ☐ 卵類 ・ ☐ 牛乳・乳製品 》 ☐ 給食の停止 (弁当持参) ☐ 給食の一部停止 ☐ 牛乳停止 ☐ ごはん停止 ☐ パン停止 ☐ おかず全部停止 ☐ おかず一部停止 () ☐ その他 () ☐ 食物アレルギー対応の解除 学校生活管理指導表により除去していた(原因物質:) について、医師の指導のもと、これまでに複数回接種して症状が誘発 されていないので、学校給食における除去解除をお願いします。
その他		

年 月 日

保 護 者 様

和泉市立

学校長

食物アレルギー除去食・給食停止 変更・解除 の決定について(通知)

この度申請のありました食物アレルギー除去食(変更 ・ 解除)について、下記のとおり決定しましたので、お知らせいたします。

記

(ふりがな) 児童・生徒名		年 組	年 組
------------------	--	-----	-----

対応開始日	年 月 日
対応内容	☐ 除去食の対応 《 ☐ 卵類 ・ ☐ 牛乳・乳製品 》 ☐ 給食の停止 (弁当持参) ☐ 給食の一部停止 ☐ 牛乳停止 ☐ ごはん停止 ☐ パン停止 ☐ おかず全部停止 ☐ おかず一部停止() ☐ その他() ☐ 食物アレルギー対応の解除
その他	

※学校給食費の返金等について、変更がある場合は別途可否決定を通知します。

食物アレルギー報告

様式8

学校名			報告者 (職種等)		
学校種					
当該児童生徒等の学年					
発生日 (○/△/■)					
事故等認知時間 (○:▲)					
発生状況①ヒヤリハットor事故					
発生状況②給食or給食外					
発生状況③給食外の状況					
事故等の原因と考えられる 食物			種類		
献立名					
学校生活管理指導表の提出					
学校生活管理指導表記載の 原因食物	①		②		③
エビペン®処方の有無					
発生概要 ※時系列で記載 (例: 12:45 給食終了 13:00 児童Aが咽頭痛を訴え、保健室へ。 14:00 経過観察をし、症状軽快。)					
発生要因	①		②		③
補足事項 ※補足があれば端的に記載ください					
児童生徒の症状 (有無)					
児童生徒の症状	全身	☐ ぐったり ☐ 意識もうろう ☐ 尿や便をもらす ☐ 脈が触れにくいまたは不規則 ☐ 唇や爪が青白い			
	呼吸器	☐ のどや胸がしめつけられる ☐ 声がかすれる ☐ 犬がほえるような咳 ☐ 息がしにくい ☐ 持続する強い咳き込み ☐ ゼーゼーする呼吸 ☐ 数回の軽い咳			
	消化器	☐ 連続する強い(我慢できない)お腹の痛み ☐ 繰り返し吐き続ける ☐ 中程度のお腹の痛み ☐ 1～2回の嘔吐 ☐ 1～2回の下痢 ☐ 軽い(我慢できる)お腹の痛み ☐ 吐き気			
	目 口 鼻 顔	☐ 顔全体の腫れ ☐ まぶたの腫れ ☐ 目のかゆみ・充血 ☐ 口の中の違和感・唇の腫れ ☐ くしゃみ・鼻水・鼻づまり			
	皮膚	☐ 強いかゆみ ☐ 全身に広がるじんましん ☐ 全身が真っ赤 ☐ 軽度のかゆみ ☐ 数個のじんましん ☐ 部分的な赤み			
上記のチェックに無い症状があればご記入ください。					
学校での対応	①		②		③
帰宅方法					
今後の対策					
その他					

食物アレルギー面談シート

【面談日 年 月 日】

同席者【 管理職（ ） ・ 養護教諭 ・ 栄養教諭 ・ その他（ ） 】

児童・生徒名：

【把握事項】

チェック欄	質問内容	メ	モ
	1 アレルギーの原因食品は何ですか。	卵	マヨネーズ(可・不可) いか
		乳	飲用牛乳(可・不可) 魚類 魚の種類(), 練り製品(可・不可)、削り節(可・不可) パンの脱脂粉乳(可・不可) 貝類 カキ由来オイスターソース(可・不可) チーズ(可・不可) えび・かに えび、カニ含むちりめんじゃこ(可・不可) ココアクリーム(可・不可)/きなこクリーム等(可・不可) 大豆 きなこクリーム(可・不可)/ココアクリーム(可・不可) 果物 果物の種類()アツアルバン(可・不可)、リンゴジャム(可・不可)
		小麦粉	麦ごはん(可・不可) そば ビーナッツ
		魚卵	ししゃもの魚卵(可・不可)・きびなごの魚卵(可・不可) ナッツ類
		その他	
	2 どのような時に症状が出ますか。	◆喫食 (可・否) ⇒ ・食べることができる量 () ◆接触 (可・否) ◆その他 ()	
	3 アナフィラキシー・アナフィラキシーショックを起こしたことはありますか。	◆アナフィラキシー (有・無) ◆アナフィラキシーショック (有・無) ◆運動誘発性 (有・無) 原因となった食材 ()	
	4 原因食品を摂取した場合、どのような症状が出ますか。	◆皮膚症状 【 かゆみ ・ じんましん ・ その他 () 】 ◆呼吸器症状 【 せき ・ ぜん鳴(ゼーゼー・ヒューヒュー) ・ その他 () 】 ◆粘膜症状 【 かゆみ ・ 腫れ ・ くしゃみ ・ 鼻水 ・ 鼻づまり ・ その他 () 】 ◆消化器症状 【 腹痛 ・ 下痢 ・ その他 () 】	
	5 最近アレルギー症状を起こしたのはいつですか。		
	6 アレルギー反応を起こした時の対処方法はどのようにしていますか。		
	7 内服薬やエビペンは持っていますか。また、どのような時に使用するよう医師から指示を受けていますか。	◆内服薬 (有・無) ⇒ ・使用条件・時期 () ◆エビペン (有・無) ⇒ ・保管者 (学校 ・ 本人 【保管場所: ()】)	
	8 家庭では、除去食はどのような対応をしていますか。	◆対応状況 () ◆家庭で挑戦している食品 () ◆家庭での負荷試験 (有・無)	
	9 アレルギー物質を使用した設備で製造した食品は食べられますか。	(可・否)	
	10 過去に除去食を行っていたが、現在は完全に食べられるようになった食品はありますか。	◆食べられるようになった食品 (有・無) 食品名:	
	11 本人はアレルギー症状の出る食品を把握していますか。	(把握している ・ 把握していない)	
	12 学校生活で心配なこと(座席、給食当番、運動、調理実習、校外学習等)はありますか。		
	13 緊急時の保護者の連絡先・搬送先の病院を教えてください。	◆保護者の連絡先 () ◆搬送先の病院 ()	

【伝達事項】

チェック欄	伝達事項	メ	モ
	1 和泉市の対応(「手引き」に基づき説明)		
	2 除去食や弁当対応当日の流れ(アレルギー用の食器使用や代替食の保存場所など)		
	3 毎月の献立の確認方法		
	4 給食費の返金方法		
	5 エビペンや薬の保管場所【学校で預かる場合】		
	6 本人が医師の指示どおりに服薬やエビペンを打てない場合は、教職員が対応すること(同意を得る)		
	7 対応の継続にあたっては、毎年、医師の診断書である「学校生活管理指導表」を提出いただくことが必要なこと		
	8 文書料補助金制度		
	9 クラスの児童生徒に食物アレルギー情報を知らせること		
	10 4月面談等		

	管理職	担任	養護教諭	栄養教諭	調理場
確認					

<学校給食にかかる学校の対応>

決定日： 年 月 日

1 個人別対応献立表の配付	(有・無)	【留意事項】()
2 配合成分表の配付	(有・無)	【留意事項】()
3 除去食対応	(有・無)	【留意事項】()
4 除去食以外の対応	(有・無)	【食品名・対応方法】()
5 弁当対応	(有・無)	【留意事項】()
6 内服薬・エビペンの保管	【保管者】(学校 ・ 本人)	【保管場所等】()
7 配慮事項(座席・当番等)	(有・無)	【配慮事項】()