



食物アレルギーに関する調査票

★ こちらの用紙は2月の入学説明会までにご記入のうえ、お持ちください。

令和 年 月 入学予定 (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。

アレルギー疾患について	<p>【質問1】 現在治療中のアレルギー疾患がありますか？</p> <p>・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</p> <p>・その他(_____)</p>
	<p>【質問2】 アレルギー症状を引き起こす原因は何ですか？</p> <p>・ダニ ・ハウスダスト ・ペットのフケ、毛等 ・花粉 ・カビ ・ハチ毒</p> <p>・食品(種類は【質問3】以降) ・ラテックス(天然ゴム) ・金属 ・医薬品(_____)</p> <p>・その他(_____)</p>

食物アレルギーの原因食品	<p>【質問3】 食物アレルギーを起こす原因食品は何ですか？</p> <p>食品名(_____)</p>
	<p>【質問4】 現在除去中の食品はありますか？</p> <p>いいえ ・ はい → (食品名: _____)</p>
	<p>【質問5】 上記【質問4】の除去食はどなたが判断しましたか？</p> <p>医師 ・ 保護者 ・ その他 (_____)</p>
	<p>【質問6】 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？</p> <p>いいえ ・ はい → (食品名: _____)</p>
	<p>【質問7】 アレルギー検査を受けたことがありますか？</p> <p>いいえ ・ はい → 結果 (陽性 食品名: _____) (最終検査年月: _____ 年 月 _____)</p>

食物アレルギーの症状について	<p>【質問8】 原因食品を摂取後に起こる症状は？</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>食品名</th> <th>症 状(具体的な症状)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	食品名	症 状(具体的な症状)														
	食品名	症 状(具体的な症状)															

児童・生徒名: _____

アレルギーの症状	<p>【質問9】運動でアレルギー疾患を起こしたことはありますか？ いいえ・はい → (食事との関係あり・食事との関係なし)</p>
	<p>【質問10】食品によるアナフィラキシーショックの経験がありますか？ いいえ はい → (回数: _____ 回 最後の発症年月: _____ 年 _____ 月 _____) (原因: _____) ■質問10で はい と答えられた方 ○その時、病院で受診しましたか？ いいえ・はい → (病院名: _____ 処置: _____)</p>
食物アレルギーの治療について	<p>【質問11】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 (_____)</p>
	<p>【質問12】学校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 (_____) ■質問12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 → 具体的な管理及び使用方法是学校と要相談 はい → 具体的な管理及び使用方法是学校と要相談</p>
給食への対応	<p>【質問13】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と要相談</p>
運動や課外活動、調理実習等の留意点	<p>【質問14】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 _____)</p>
その他(要望事項・合意事項)	
<p>★学校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)の可能性のあることに同意いたします。 保護者署名: _____</p>	



食物アレルギーに関する調査票

クラス : 年 組 番 (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。

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？ ・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？ ・ダニ ・ハウスダスト ・ペットのフケ、毛等 ・花粉 ・カビ ・ハチ毒 ・食品(種類は【質問3】以降) ・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】 上記【質問4】の除去食はどなたが判断しましたか？ 医師 ・ 保護者 ・ その他 ()
	【質問6】 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7】 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)

食物アレルギーの症状について	【質問8】 原因食品を摂取後に起こる症状は？																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>食品名</th> <th>症 状(具体的な症状)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	食品名	症 状(具体的な症状)														
	食品名	症 状(具体的な症状)															

児童・生徒名: _____

アレルギーの症状	<p>【質問9】 運動でアレルギー疾患を起こしたことはありますか？</p> <p>いいえ・はい → (食事との関係あり・食事との関係なし)</p>
	<p>【質問10】 食品によるアナフィラキシーショックの経験がありますか？</p> <p>いいえ</p> <p>はい → (回数: _____ 回 最後の発症年月: _____ 年 _____ 月 _____)</p> <p>(原因: _____)</p> <p>■質問10で、はいと答えられた方 ○その時、病院で受診しましたか？</p> <p>いいえ・はい → (病院名: _____ 処置: _____)</p>
食物アレルギーの治療について	<p>【質問11】 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？</p> <p>いいえ・はい → 内服薬・吸入薬・外用薬・注射薬・その他 (_____)</p>
	<p>【質問12】 学校に携帯を希望する薬はありますか？</p> <p>いいえ・はい → 内服薬・吸入薬・外用薬・注射薬・その他 (_____)</p> <p>薬剤名 (_____)</p> <p>■質問12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？</p> <p>いいえ → 具体的な管理及び使用方法は学校と要相談</p> <p>はい → 具体的な管理及び使用方法は学校と要相談</p>
給食への対応	<p>【質問13】 学校給食に何か配慮が必要とお考えですか？</p> <p>いいえ</p> <p>はい → 具体的な管理及び使用方法は学校と要相談</p>
運動調理や課外活動等の留意点	<p>【質問14】 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？</p> <p>いいえ</p> <p>はい → (指導内容 _____)</p>
その他(要望事項・合意事項)	
<p>★学校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)の可能性のあることに同意いたします。</p> <p style="text-align: center;">保護者署名: _____</p>	

食物アレルギー除去食・給食停止 実施申請書（新規用）

和泉市立

学校長 様

保護者名

印

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。

記

(ふりがな) 児童・生徒名		年組	年 組	生年月日	年 月 日
住所	〒			電話番号	
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	

希望する 対応内容 (該当項目に チェック)	<input type="checkbox"/> 除去食希望 《 <input type="checkbox"/> 卵類 ・ <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 》 <input type="checkbox"/> 給食停止希望 <input type="checkbox"/> 給食一部停止希望 <input type="checkbox"/> 牛乳停止 <input type="checkbox"/> ごはん停止 <input type="checkbox"/> パン停止 <input type="checkbox"/> 弁当(または代替食)持参(食物名) <input type="checkbox"/> その他()
<p>★学校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)の可能性のあることに同意いたします。</p> <p style="text-align: right;">保護者署名：</p>	

※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。

食物アレルギー除去食・給食停止 実施申請書（継続用）

和泉市立

学校長 様

保護者名

印

食物アレルギーによる学校給食への対応について、下記のとおり申請いたします。

なお、診断の結果は、昨年度と変更が（ ありません ・ あります ）。

※変更がない場合にも、学校生活管理指導表（診断書、意見書等）を添付してください。

記

(ふりがな) 児童・生徒名		年組	年 組	生年月日	年 月 日
住所	〒			電話番号	
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	

希望する 対応内容 (該当項目に チェック)	<input type="checkbox"/> 除去食希望 《 <input type="checkbox"/> 卵類 ・ <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 》 <input type="checkbox"/> 給食停止希望 <input type="checkbox"/> 給食一部停止希望 <input type="checkbox"/> 牛乳停止 <input type="checkbox"/> ごはん停止 <input type="checkbox"/> パン停止 <input type="checkbox"/> 弁当(または代替食)持参(食物名) <input type="checkbox"/> その他()
<p>★学校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)の可能性のあることに同意いたします。</p> <p style="text-align: right;">保護者署名： _____</p>	

※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。

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		★保護者 電話
アナフィラキシー(あり)	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	【緊急時連絡先】 ★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 ()	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		
食(あり)	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	記載日 年 月 日	医師名 Ⓜ
	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)	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 _____

アドレナリン自己注射薬(エピペン®)対応票

クラス： 年 組 番 (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)の可能性のあることに同意いたします。

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	
学校記入欄		

アドレナリン自己注射薬(エピペン®)対応票

クラス : △年 ×組 ○番 (ふりがな) いずみ
 児童・生徒名 : 和泉 はなこ
 生年月日 : 平成 △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(エビ・カニ)

【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)
エビ(1尾) : 5分後 じんましん(全身)、咳、ぜん息、ぐったり

【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 給食の除去食をお願いします。
じんましんが出たら、その時点で家庭へ連絡してください。

【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。
原因食品を食べてしまい、何らかの症状が現れたら注射してください。

★学校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)の可能性のあることに同意いたします。

保護者署名 : 和泉 太郎

以下、面談時に記入

薬剤使用時の留意事項等	使用薬剤名	<u>エピペン®</u>
	管理方法	<u>本人保管</u> ・学校保管 (理由)
	保管場所	<u>かばんのポーチの中</u>
	保管期間(更新時期)	<u>1年間(令和×年3月31日)</u>
	使用条件	<u>呼吸器症状等が現れ、悪化のきざしが見えたらエピペンを注射する。</u>
	使用上の留意点	<u>本人が自分でできる状態であれば、自分で注射する。意識がないなど自分で注射できないときは、代わりに行く。嫌がった場合も、本人のために打って欲しいとの強い要望有り。</u>
学校記入欄		

令和 年 月 日

保護者様

和泉市立

校長

印

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

児童・生徒名		年組	年組
--------	--	----	----

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



食物アレルギー個人調査票

《保護者の方へ》

この調査票は、学校での健康管理にあたって児童生徒の食物アレルギーの状況を正しく把握するためのものです。毎年、ご家庭に返却しますので、該当学年の欄に正確に記入をお願いします。

また、この書類は9年間使用しますので、ていねいに取り扱ってください。

(ふりがな) 児童・生徒名							生年月日	年	月	日
年度										
学校名										
年	小1	2	3	4	5	6	中1(7年生)	2(8年生)	3(9年生)	
組										
番号										
担任名										

例	原因食品	卵・えび	で病院 の処 置や 家庭 対応	
	症状	※原因食品・発生年月日など、なるべく詳細に 〇月〇日卵を使用しているアイスクリームを 誤って食べた。 5分後から 全身じんましん、かゆみ、咳、 喘鳴の発現	服薬	薬名① (エピペン) 飲み方① (発症時注射) 薬名② (抗ヒスタミン薬) 飲み方② (発症時)
小学1年	原因食品		で病院 の処 置や 家庭 対応	
	症状	※原因食品・発生年月日など、なるべく詳細に	服薬	薬名① () () 飲み方① () ()
小学2年	原因食品		で病院 の処 置や 家庭 対応	
	症状	※原因食品・発生年月日など、なるべく詳細に	服薬	薬名① () () 飲み方① () ()
小学3年	原因食品		で病院 の処 置や 家庭 対応	
	症状	※原因食品・発生年月日など、なるべく詳細に	服薬	薬名① () () 飲み方① () ()
小学4年	原因食品		で病院 の処 置や 家庭 対応	
	症状	※原因食品・発生年月日など、なるべく詳細に	服薬	薬名① () () 飲み方① () ()

小学5年	原因食品		で病院 の処 置や 家庭 対応	
	症状	※原因食品・発生年月日など、なるべく詳細に	服薬	薬名① () () 飲み方① () ()
小学6年	原因食品		で病院 の処 置や 家庭 対応	
	症状	※原因食品・発生年月日など、なるべく詳細に	服薬	薬名① () () 飲み方① () ()
中学1年 (7年)	原因食品		で病院 の処 置や 家庭 対応	
	症状	※原因食品・発生年月日など、なるべく詳細に	服薬	薬名① () () 飲み方① () ()
中学2年 (8年)	原因食品		で病院 の処 置や 家庭 対応	
	症状	※原因食品・発生年月日など、なるべく詳細に	服薬	薬名① () () 飲み方① () ()
中学3年 (9年)	原因食品		で病院 の処 置や 家庭 対応	
	症状	※原因食品・発生年月日など、なるべく詳細に	服薬	薬名① () () 飲み方① () ()



様式 7

記入例

食物アレルギー個人調査票

《保護者の方へ》

この調査票は、学校での健康管理にあたって児童生徒の食物アレルギーの状況を正しく把握するためのものです。毎年、ご家庭に返却しますので、該当学年の欄に正確に記入をお願いします。

また、この書類は9年間使用しますので、ていねいに取り扱ってください。

(ふりがな) 児童・生徒名		いずみ はなこ 和泉 はなこ					生年月日	×年 ×月 ×日		
年度	**	**								
学校名	□□学校									
年	小1	2	3	4	5	6	中1(7年生)	2(8年生)	3(9年生)	
組	3	2								
番号										
担任名	和泉○○	横山△								

例	原因食品	卵・えび	で病院 の処 置や 家庭 対応	
	症状	※原因食品・発生年月日など、なるべく詳細に 〇月〇日卵を使用しているアイスクリームを 誤って食べた。 5分後から 全身じんましん、かゆみ、咳、 喘鳴の発現	服薬	薬名① (エピペン) 飲み方① (発症時注射) 薬名② (抗ヒスタミン薬) 飲み方② (発症時)
小学1年	原因食品		で病院 の処 置や 家庭 対応	
	症状	※原因食品・発生年月日など、なるべく詳細に	服薬	薬名① () () 飲み方① () ()
小学2年	原因食品		で病院 の処 置や 家庭 対応	
	症状	※原因食品・発生年月日など、なるべく詳細に	服薬	薬名① () () 飲み方① () ()
小学3年	原因食品		で病院 の処 置や 家庭 対応	
	症状	※原因食品・発生年月日など、なるべく詳細に	服薬	薬名① () () 飲み方① () ()
小学4年	原因食品		で病院 の処 置や 家庭 対応	
	症状	※原因食品・発生年月日など、なるべく詳細に	服薬	薬名① () () 飲み方① () ()

小学5年	原因食品		で病院 の処 置や 家庭 対応	
	症状	※原因食品・発生年月日など、なるべく詳細に	服薬	薬名① () () 飲み方① () ()
小学6年	原因食品		で病院 の処 置や 家庭 対応	
	症状	※原因食品・発生年月日など、なるべく詳細に	服薬	薬名① () () 飲み方① () ()
中学1年(7年)	原因食品		で病院 の処 置や 家庭 対応	
	症状	※原因食品・発生年月日など、なるべく詳細に	服薬	薬名① () () 飲み方① () ()
中学1年(8年)	原因食品		で病院 の処 置や 家庭 対応	
	症状	※原因食品・発生年月日など、なるべく詳細に	服薬	薬名① () () 飲み方① () ()
中学1年(9年)	原因食品		で病院 の処 置や 家庭 対応	
	症状	※原因食品・発生年月日など、なるべく詳細に	服薬	薬名① () () 飲み方① () ()

食物アレルギー除去食・給食停止 変更・解除申請書

和泉市立

学校長 様

保護者名

印

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
------------------	--	----	-----

	変更前	変更後
食品名	<input type="checkbox"/> 除去食の対応《 <input type="checkbox"/> 卵類・ <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品》 <input type="checkbox"/> 給食の停止 <input type="checkbox"/> 給食の一部停止 <input type="checkbox"/> 牛乳停止 <input type="checkbox"/> ごはん停止 <input type="checkbox"/> パン停止 <input type="checkbox"/> 弁当(または代替食)持参 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 除去食の対応《 <input type="checkbox"/> 卵類・ <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品》 <input type="checkbox"/> 給食の停止 <input type="checkbox"/> 給食の一部停止 <input type="checkbox"/> 牛乳停止 <input type="checkbox"/> ごはん停止 <input type="checkbox"/> パン停止 <input type="checkbox"/> 弁当(または代替食)持参 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー対応の解除 <input type="checkbox"/> その他()
理由		

令和 年 月 日

保護者様

和泉市立

校長

印

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

児童・生徒名		年 組	年 組
--------	--	-----	-----

対応開始日	令和 年 月 日
対応内容	<input type="checkbox"/> 除去食の対応 《 <input type="checkbox"/> 卵類 ・ <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 》 <input type="checkbox"/> 給食の停止 <input type="checkbox"/> 給食の一部停止 <input type="checkbox"/> 牛乳停止 <input type="checkbox"/> ごはん停止 <input type="checkbox"/> パン停止 <input type="checkbox"/> 弁当(または代替食)持参 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 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、別途可否決定を通知します。

令和 年度 食物アレルギー対応児童・生徒一覧表

No. 1

年	組	番号	(ふりがな) 児童・生徒名	食物アレルギーを 起こす原因食品	医療機関名	配慮事項 (薬・その他)	「給食」での対応		「給食調理以外」 での対応			配付希望		対応 不要	給食費 返金	備考
							除去食	給食 停止	弁当 持参	牛乳 停止	パン 停止	実施 献立 表	配合 成分 表			
1							卵・乳								有・無	
2							卵・乳								有・無	
3							卵・乳								有・無	
4							卵・乳								有・無	
5							卵・乳								有・無	
6							卵・乳								有・無	
7							卵・乳								有・無	
8							卵・乳								有・無	
9							卵・乳								有・無	
10							卵・乳								有・無	

令和 年度 食物アレルギー対応児童・生徒一覧表

No.

年	組	番号	(ふりがな) 児童・生徒名	食物アレルギーを 起こす原因食品	医療機関名	配慮事項 (薬・その他)	「給食」での対応		「給食調理以外」 での対応			配付希望		対応 不要	給食費 返金	備考
							除去食	給食 停止	弁当 持参	牛乳 停止	パン 停止	実施 献立 表	配合 成分 表			
							卵・乳								有・無	
							卵・乳								有・無	
							卵・乳								有・無	
							卵・乳								有・無	
							卵・乳								有・無	
							卵・乳								有・無	
							卵・乳								有・無	
							卵・乳								有・無	
							卵・乳								有・無	
							卵・乳								有・無	

令和 年 月 日

和泉市教育委員会 様

和泉市立

校長

印

食物アレルギー事故・ヒヤリハット報告書

この度、下記児童生徒の食物アレルギー（ 事故 ・ ヒヤリハット ）がありましたので、報告いたします。

記

(ふりがな) 児童・生徒名	年 組	年 組
	生年月日	年 月 日
保護者名	電話 番号	
住 所	〒	

発 生 状 況

発生日時	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分		
発症した 症状	<ul style="list-style-type: none"> ・ 皮膚粘膜症状 : じんましん ・ かゆみ ・ 目の充血 ・ 浮腫(むくみ) ・ 発赤 (発症部位) () () () () () ・ 呼吸器症状 : 咳 ・ ぜん鳴(ゼーゼー) ・ 呼吸困難 ・ 消化器症状 : 悪心(気分が悪い・吐き気) ・ 腹痛 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 循環器症状 : 頻脈 ・ 徐脈 ・ 冷汗 ・ 血圧低下 ・ 神経症状 : 活動性変化(元気がない・興奮する) ・ 不安 ・ 恐怖感 ・ 意識喪失 		
対応内容	緊急対応	<input type="checkbox"/> 救急車要請(時 分) ・ <input type="checkbox"/> 医療機関連絡時間(時 分) <input type="checkbox"/> 保護者連絡(時 分)	
	入院期間	無 ・ 有 (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)	
	通院・療養期間	無 ・ 有 (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)	
	医療機関名		電話番号
診断名			
原因 (原因食品 もしくは 献立名)	[献立名]		・ 不明
アドレナリン自 己注射薬(エピ ペン®)対応	エピペン®処方 [無 ・ 有] → 有の場合 保管場所[]		
	エピペン®使用 [無 ・ 有] → (注射した時間 時 分)		
備考 (過去のアレルギー 症状を発症した事 柄等)			

〈学校給食における対応決定事項〉

	決定(年 月 日)	変更(年 月 日)	変更(年 月 日)
「給食調理」 での対応	除去食対応 《 □卵類 ・ □牛乳・乳製品 》		
「給食調理以外」 での対応	牛乳停止 ・ パン停止 ご飯停止		
	一部弁当 ・ 弁当持参 (食品名)		
その他	実施献立表(調理室用)配付 配合成分表配付		

〈時系列にて経過記録〉

〈今後の対策等〉

食物アレルギー経過記録

令和

年度

No.

月/日		緊急対応発生時の状況	処 置
/	時刻 AM・PM : :		
	年 組 (ふりがな) 児童・生徒名		
/	時刻 AM・PM : :		
	年 組 (ふりがな) 児童・生徒名		
/	時刻 AM・PM : :		
	年 組 (ふりがな) 児童・生徒名		
/	時刻 AM・PM : :		
	年 組 (ふりがな) 児童・生徒名		
/	時刻 AM・PM : :		
	年 組 (ふりがな) 児童・生徒名		