



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	【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><tr><th>食品名</th><th>症 状(具体的な症状)</th></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><tr><td></td><td></td></tr></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: _____

[illegible]



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><tr><th>食品名</th><th>症 状(具体的な症状)</th></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><tr><td> </td><td> </td></tr></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： _____

[illegible]

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)	☐ 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()
★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)の可能性があることに同意いたします。 保護者署名：	

※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)	☐ 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()
★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)の可能性があることに同意いたします。 保護者署名：	

※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。

和泉市学校生活管理指導表（食物アレルギー疾患用）

名前

年 月 日生(歳)

和泉市立

年 組

1. 病型・治療		2. 学校生活上の留意点		★保護者	
食 ア ル ゲ リ ー 疾 患 用	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	【緊急連絡先】	★保護者 (電話) (氏名・続柄)	
	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. 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要		★連絡医療機関 (医療機関名)	
	C. 原因食物・除去根拠(空白部分については、所見ないため未検査のものも含む) 該当する食品の番号に○をし、かつ[]内に除去根拠の番号を記載 【除去根拠】 該当するものを全てを[]内に記載 ①明らかな症状の既往 ②食物経口負荷試験陽性 ③IgE抗体等検査結果 陽性④未摂取	D. 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要		記載日 令和 年 月 日	
		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			
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)	次回受診 令和 年 月 頃 または異常があるとき			
				医師名 印	
				医療機関名	

★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、本表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)の可能性あることに同意いたします。

提出日 : 令和 年 月 日 保護者署名 :

令和3年1月改訂

アドレナリン自己注射薬(エピペン®)対応票

（ふりがな）
 クラス： 年 組 番 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 : Δ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 Δ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(<u>エビ ・ カニ</u>)
【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 <u>はい</u>) (食品名 : 症状) <u>エビ(1尾) : 5分後 じんましん(全身)、咳、ぜん息、ぐったり</u>
【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 <u>はい</u>) 指導内容 <u>給食の除去食をお願いします。</u> <u>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。</u>
【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。 <u>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。</u>
★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 : <u>和泉 太郎</u>

以下、面談時に記入

薬剤使用時の留意事項等	使用薬剤名	エピペン®
	管理方法	<u>本人保管</u> ・学校保管 [理由]
	保管場所	かばんのポーチの中
	保管期間 (更新時期)	1年間(令和×年3月31日)
	使用条件	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。
	使用上の留意点	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、代わりに行う。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。
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	☐ 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	



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 対応の処置や家庭		
	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 対応の処置や家庭		
	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 ()	薬名② () 飲み方② ()
小学2年	原因食品		で病院 対応の処置や家庭		
	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 ()	薬名② () 飲み方② ()
小学3年	原因食品		で病院 対応の処置や家庭		
	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 ()	薬名② () 飲み方② ()
小学4年	原因食品		で病院 対応の処置や家庭		
	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 ()	薬名② () 飲み方② ()

小学5年	原因食品		で病院 対応の処置や家庭		
	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 ()	薬名② () 飲み方② ()
小学6年	原因食品		で病院 対応の処置や家庭		
	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 ()	薬名② () 飲み方② ()
中学1年（7年）	原因食品		で病院 対応の処置や家庭		
	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 ()	薬名② () 飲み方② ()
中学2年（8年）	原因食品		で病院 対応の処置や家庭		
	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 ()	薬名② () 飲み方② ()
中学3年（9年）	原因食品		で病院 対応の処置や家庭		
	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 ()	薬名② () 飲み方② ()



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		いすみ 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	和泉〇〇	横山△								

例	原因食品	卵・えび	で病院 対応の処置や家庭		
	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 対応の処置や家庭		
	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 ()	薬名② () 飲み方② ()
小学2年	原因食品		で病院 対応の処置や家庭		
	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 ()	薬名② () 飲み方② ()
小学3年	原因食品		で病院 対応の処置や家庭		
	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 ()	薬名② () 飲み方② ()
小学4年	原因食品		で病院 対応の処置や家庭		
	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 ()	薬名② () 飲み方② ()

小学5年	原因食品		で病院 対応の処置や家庭		
	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 ()	薬名② () 飲み方② ()
小学6年	原因食品		で病院 対応の処置や家庭		
	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 ()	薬名② () 飲み方② ()
中学1年（7年）	原因食品		で病院 対応の処置や家庭		
	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 ()	薬名② () 飲み方② ()
中学1年（8年）	原因食品		で病院 対応の処置や家庭		
	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 ()	薬名② () 飲み方② ()
中学1年（9年）	原因食品		で病院 対応の処置や家庭		
	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 ()	薬名② () 飲み方② ()

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	☐ 除去食の対応《 ☐ 卵類・ ☐ 牛乳・乳製品》 ☐ 給食の停止 ☐ 給食の一部停止 ☐ 牛乳停止 ☐ ごはん停止 ☐ パン停止 ☐ 弁当(または代替食)持参 ☐ その他()	☐ 除去食の対応《 ☐ 卵類・ ☐ 牛乳・乳製品》 ☐ 給食の停止 ☐ 給食の一部停止 ☐ 牛乳停止 ☐ ごはん停止 ☐ パン停止 ☐ 弁当(または代替食)持参 ☐ 食物アレルギー対応の解除 ☐ 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	☐ 除去食の対応 《 ☐ 卵類 ・ ☐ 牛乳・乳製品 》 ☐ 給食の停止 ☐ 給食の一部停止 { ☐ 牛乳停止 ☐ ごはん停止 ☐ パン停止 ☐ 弁当(または代替食)持参 ☐ 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、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	・ 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	☐ 救急車要請(時 分) ・ ☐ 医療機関連絡時間(時 分) ☐ 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〉

様式11-裏面

	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		

【参考引用文献等】

「学校給食における食物アレルギー対応指針」 文部科学省
「学校給食における食物アレルギー対応ガイドライン」 大阪府教育委員会
「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」 財団法人 日本学校保健会
「ぜん息予防のためのよくわかる食物アレルギーの基礎知識 2012 年改訂版」 独立行政法人 環境再生保全機構
「アレルギー疾患の児童生徒対応マニュアル」 横浜市教育委員会
「学校給食における食物アレルギー対応マニュアル」 横須賀市教育委員会
「学校給食における食物アレルギー対応の手引き」 札幌市教育委員会

本手引きは、和泉市において設置された「和泉市学校給食食物アレルギー対応検討委員会」で作成したものである。

和泉市学校給食における食物アレルギー対応の手引き

平成 25 年 12 月 19 日 作成
令和 元 年 9 月 26 日 改定
令和 3 年 1 月 7 日 改定
発行

和泉市教育委員会

編集

和泉市学校給食食物アレルギー対応検討委員会

和泉市教育委員会事務局 教育・こども部

〒594-8501 大阪府和泉市府中町二丁目 7 番 5 号
電話 0725-99-8158（教育・こども部 学校園管理室 直通）
E メールアドレス kyouso@city.osaka-izumi.lg.jp
