

様式に整理について

旧 様式			新 様式			備考
様式 番号	様式名	提出時期	様式 番号	様式名	提出時期	
1	食物アレルギーに関する調査票 ※コンタミネーション同意有	就学前(新一年生) 【保護者⇒学校】	1	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 ※コンタミネーション同意有	毎年	旧様式1～3を集約し、不用項目について削除
2	食物アレルギー除去食・給食停止 実施申請書 (新規用) ※コンタミネーション同意有	新規に診断書が出たタイミング 【保護者⇒学校】				
3	食物アレルギー除去食・給食停止 実施申請書 (継続用) ※コンタミネーション同意有	毎年 (前年度から新年度の給食開始前) 【保護者⇒学校】				
4	学校生活管理指導表(アレルギー 疾患用)	毎年 (前年度から新年度の給食開始前) 【保護者⇒学校】	2	学校生活管理指導表(アレルギー 疾患用)	毎年 (前年度から新年度の給食開始前) 【保護者⇒学校】	変更なし
5	アドレナリン自己注射薬(エピペン ®)対応票 ※コンタミネーション同意有	毎年 (前年度から新年度の給食開始前) 【保護者⇒学校】	3	アドレナリン自己注射薬(エピペン ®)対応票 ※コンタミネーション同意有	毎年 (前年度から新年度の給食開始前) 【保護者⇒学校】	変更なし
6	食物アレルギー除去食・給食停止 実施決定について (通知)	毎年申請があった保護者に対して、申 請後に決定 【学校⇒保護者】	4	食物アレルギー除去食・給食停止 実施決定について (通知)	毎年申請があった保護者に対して、申 請後に決定 【学校⇒保護者】	変更なし
7	食物アレルギー個人調査票	毎年 (前年度から新年度の給食開始前) 【保護者⇒学校】	-	廃止		今後は新規「食物アレルギー面談シート」及び様式1「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」にて対応
8	食物アレルギー除去食・給食停止 変更・解除申請書	変更があったタイミング 【保護者⇒学校】	5	食物アレルギー除去食・給食停止	変更があったタイミング 【保護者⇒学校】	変更なし
9	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)	様式8の申請があった保護者に対して、 申請後に決定 【学校⇒保護者】	6	食物アレルギー除去食・給食停止	様式5の申請があった保護者に対して、 申請後に決定 【学校⇒保護者】	変更なし
10	食物アレルギー等対応児童・生徒 一覧表	毎年 (前年度から新年度の給食開始前) 【学校で作成】	7	食物アレルギー等対応児童・生徒	毎年 (前年度から新年度の給食開始前) 【学校で作成】	様式内容について修正
11	食物アレルギー事故・ヒヤリハット 報告書	発生したタイミング 【学校⇒市】	8	食物アレルギー事故・ヒヤリハット報	発生したタイミング 【学校⇒市】	変更なし
12	食物アレルギー経過記録	発生したタイミング 【学校】	9	食物アレルギー経過記録	発生したタイミング 【学校】	変更なし
			10	食物アレルギー面談シート	毎年 (前年度から新年度の給食開始前) 【学校】	食物アレルギー個人調査票については9年間同じものを保 護者と学校でやりとり 食物アレルギー面談シートについては、毎年学校が保護 者から聞き取りした内容を記録



記入年月日:

年 月 日

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)										
食物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？ <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">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> </tbody> </table>	食品名	症 状(具体的な症状)								
食品名	症 状(具体的な症状)										
アレルギーの症状	【質問8】 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)										
	【質問9】 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9 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:)										

様式 1

食物アレルギーの治療について	【質問10】 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11】 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 () ■質問11 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は学校園と要相談
給食への対応	【質問12】 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は学校園と要相談
運動や課外活動等の留意点	【質問13】 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： _____

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。

(別紙様式14の3)

情報提供先学校名 _____ 殿
学校医等 _____

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。

アナフィラキシー(あり・なし) / 食物アレルギー(あり・なし)	病型・治療		学校生活上の留意点		【緊急時連絡先】 ★保護者 電話 ★連絡医療機関 医療機関名 電話 記載日 ____年____月____日 医師名 医療機関名
	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		
	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 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 《 》 ()		C 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要		
	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 ()		D 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要		
		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		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 _____

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		

令和 年 月 日

保 護 者 様

和泉市立

校園長

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	

食物アレルギー除去食・給食停止 変更・解除申請書

和泉市立 学校園長 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

校園長

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。

和泉市教育委員会 様

和泉市立

校園長

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8-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〉

[illegible]

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		

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)
				乳糖を含む食材(可・不可)	果物	果物の種類()アップルパン(可・不可)、リンゴジャム(可・不可)
				小麦粉	麦ごはん(可・不可)	そば
		小麦たんぱく由来デザート(可・不可)	ピーナッツ			
		魚卵	ししゃもの魚卵(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)			
	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 内服薬やエピ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 () ◆エピペン (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 コンタミネーション(調理加工工場での微量混入)は大丈夫ですか。		◆コンタミネーション (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 エピ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ピ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月面談の実施	

	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・エピペンの保管	【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】()

資料3(旧様式 変更分)

(ふりがな)

児童・生徒名: _____

様式1

[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。



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。

[illegible]

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

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

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	

資料3（食物アレルギー個票等）

食物アレルギー個票

6月23日（木）

3年1組 名前 和泉 緑

献立名：中華どん

①除去食

②食べない（代替え食 あり・なし）

卵		乳製品			
（除去食・喫食不可献立 チェック欄）					
調理もしくは は添付者	●●	給食室	△△	学級	□□

食物アレルギー個票

月 日（ ）

3年1組 名前 和泉 緑

献立名：

①除去食

②食べない（代替え食 あり・なし）

卵		乳製品			
（除去食・喫食不可献立 チェック欄）					
調理もしくは は添付者		給食室		学級	

○年○組
和泉 緑(いずみ みどり)さん

エビペン所持
卵除去食・乳除去食あり

今日は「除去食」があります。
給食室に「除去食」をとりに来てください。

オムレツ×
パン(スキム)×、牛乳×、生クリーム×、チーズ×、バター×
ヨーグルト×、ココアクリーム×、きなこクリーム×