

表 学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)

提出日 年 月 日

組

年 月 日生

名前

※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	
<p><b>アレルギー疾患</b></p> <p>(あり・なし) <b>アナフィラキシー</b> / (あり・なし) <b>食物アレルギー</b></p>		<p><b>学校生活上の留意点</b></p> <p><b>A 給食</b> 1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p><b>B 食物・食材を扱う授業・活動</b> 1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p><b>C 運動(体育・部活動等)</b> 1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p><b>D 宿泊を伴う校外活動</b> 1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p><b>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</b> ※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：澱粉・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</p> <p><b>F その他の配慮・管理事項(自由記述)</b></p>	
<p><b>病型・治療</b></p> <p><b>A 症状のコントロール状態</b> 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良</p> <p><b>B-1 長期管理薬(吸入)</b> 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刺激薬配合剤 ( ) ( ) ( ) ( ) 3. その他 ( ) ( ) ( ) ( )</p> <p><b>B-2 長期管理薬(内服)</b> 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 ( ) ( ) ( ) ( ) 2. その他 ( ) ( ) ( ) ( )</p> <p><b>B-3 長期管理薬(注射)</b> 1. 生物学的製剤 ( ) ( ) ( ) ( )</p> <p><b>C 発作時の対応</b> 1. ベータ刺激薬吸入 ( ) ( ) ( ) ( ) 2. ベータ刺激薬内服 ( ) ( ) ( ) ( )</p>		<p><b>学校生活上の留意点</b></p> <p><b>A 運動(体育・部活動等)</b> 1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p><b>B 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動</b> 1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p><b>C 宿泊を伴う校外活動</b> 1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p><b>D その他の配慮・管理事項(自由記述)</b></p>	
<p>【除去相対】 該当する食品の番号に○をし、かつ( )内に除去根拠を記載</p> <p>① 明らかでない症状の既往 ② 食物経口負荷試験陽性 ③ IgE抗体検査結果陽性 ④ 未摂取</p> <p>( )に具体的な食品名を記載</p> <p>( )すべて・Epi・カニ ( )すべて・クルミ・カシュー・アーモンド</p> <p><b>D 緊急時に備えた処方薬</b> 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(「EpiPen®」) 3. その他( ) ( ) ( ) ( )</p>		<p>★保護者 電話： ★連絡医療機関 医療機関名： 電話：</p> <p>記載日 年 月 日 医師名 医療機関名</p>	
<p>★保護者 電話： ★連絡医療機関 医療機関名： 電話：</p> <p>記載日 年 月 日 医師名 医療機関名</p>		<p>★保護者 電話： ★連絡医療機関 医療機関名： 電話：</p> <p>記載日 年 月 日 医師名 医療機関名</p>	

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 月 日 提出日 年 月 日

<p style="text-align: center;"><b>病型・治療</b></p> <p><b>重症度のめやす (厚生労働科学研究班)</b></p> <p>1. 軽症：面癩に問わず、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。</p> <p>* 軽度の皮疹：軽度の紅斑、乾燥、発汗、落屑、痒みなどを伴う病変                  * 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</p> <p><b>B-1 常用する外用薬</b></p> <p>1. ステロイド軟膏                  2. タクロリムス軟膏                  (「アトロピック®」)                  3. 保湿剤                  4. その他 ( )</p> <p><b>B-2 常用する内服薬</b></p> <p>1. 抗ヒスタミン薬                  2. その他 ( )</p> <p><b>B-3 常用する注射薬</b></p> <p>1. 生物学的製剤</p>	<p style="text-align: center;"><b>学校生活上の留意点</b></p> <p><b>A フール指導及び長時間の紫外線下での活動</b></p> <p>1. 管理不要                  2. 管理必要</p> <p><b>B 動物との接触</b></p> <p>1. 管理不要                  2. 管理必要</p> <p><b>C 発汗後</b></p> <p>1. 管理不要                  2. 管理必要</p> <p><b>D その他の配慮・管理事項(自由記述)</b></p>	<p style="text-align: center;">記載日</p> <p>年 月 日</p> <p>医師名</p> <p>医療機関名</p>
<p style="text-align: center;"><b>病型・治療</b></p> <p><b>A 病型</b></p> <p>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 ( )</p> <p><b>B 治療</b></p> <p>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 ( )</p>	<p style="text-align: center;"><b>学校生活上の留意点</b></p> <p><b>A フール指導</b></p> <p>1. 管理不要                  2. 管理必要</p> <p><b>B 屋外活動</b></p> <p>1. 管理不要                  2. 管理必要</p> <p><b>C その他の配慮・管理事項(自由記述)</b></p>	<p style="text-align: center;">記載日</p> <p>年 月 日</p> <p>医師名</p> <p>医療機関名</p>
<p style="text-align: center;"><b>病型・治療</b></p> <p><b>A 病型</b></p> <p>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</p> <p><b>B 治療</b></p> <p>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 (ダニ・スギ)                  4. その他 ( )</p>	<p style="text-align: center;"><b>学校生活上の留意点</b></p> <p><b>A 屋外活動</b></p> <p>1. 管理不要                  2. 管理必要</p> <p><b>B その他の配慮・管理事項(自由記述)</b></p>	<p style="text-align: center;">記載日</p> <p>年 月 日</p> <p>医師名</p> <p>医療機関名</p>

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 \_\_\_\_\_

## 食物アレルギーに関する個別調査票

姫路市立 \_\_\_\_\_ 学校・幼稚園 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 組 \_\_\_\_\_ 番 \_\_\_\_\_ 幼児児童生徒氏名  
 記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (記入者) \_\_\_\_\_ 保護者氏名

※次の質問について、当てはまるものにチェックし、必要に応じて具体的に記入してください。

1 食物アレルギーについて

- 現在ある                       過去にあったが現在は、ない                      ⇨ 質問は以上です  
 (原因食物 \_\_\_\_\_ )

2 食物アレルギーの原因食物及びそれを食べた場合の症状について

原因食物名	症 状 等
	<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 _____ )
	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある (症状 _____ )

3 発症・症状について

- ① 最初に症状が出た時期・年齢                      ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月頃)  
 ② 最近、症状が出た時期・年齢                      ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月頃)  
 ③ 運動後に食物アレルギーの症状を発症したことがありますか  
 ない                       ある (  食事との関係あり     食事との関連なし     不明 )  
 ④ アナフィラキシーショック (血圧低下や意識障害等) の既往の有無  
 ない  
 ある    → (回数 \_\_\_\_\_ 回、最終発症年月 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)  
 (原因 \_\_\_\_\_ ) (症状 \_\_\_\_\_ )

4 現在、除去している食べ物について

- ない                       ある (食物名 \_\_\_\_\_ )  
 ↓  
 誰が除去の判断をしましたか  
 医師 → 医療機関名 ( \_\_\_\_\_ )  
 保護者  
 その他

5 現在、アレルギー疾患治療のために使用している薬 (緊急薬を含む) について

ない                       ある →

処方薬	用途	学校への携帯
		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

6 医師の診断に基づき、食物アレルギーへの対応を希望しますか？

- 希望する     希望しない                      質問は以上で終了です  
**医療機関を受診し、生活管理指導表の提出をお願いいたします。**  
**医師の診断に基づき、食物アレルギーへの対応を決定いたします。**

食物アレルギー個別対応票 (小学校保管用)

表

保護者記入欄

学校名						
年度	年度	年度	年度	年度	年度	年度
学年・組	年 組	年 組	年 組	年 組	年 組	年 組
保護者 確認	<input type="checkbox"/> 確認 しました	前年度と <input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし	前年度と <input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし	前年度と <input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし	前年度と <input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし	前年度と <input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし

(ふりがな) 児童氏名			性別	男・女	生年月日	年 月 日
保護者氏名			電話番号			FAX 番号
保護者住所						
緊急連絡先	連絡先 1		関係		電話番号	
	連絡先 2		関係		電話番号	
	連絡先 3		関係		電話番号	
かかりつけ医療機関名				電話番号		
主治医氏名				診療科		
ID (カルテ) 番号			診断書、指示書等	有 ( ) ・ 無		

\*かかりつけ医療機関以外で、緊急時搬送する医療機関がある場合

	医療機関名	主治医氏名	電話番号
1			
2			
3			

\*アレルギーの原因食物及びそれを食べたときの症状の発症等 (該当項目の□に✓を付けてください。)

原因食物	原因食物を食べたときの症状	症状発症時の対応
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 顔面紅潮、まぶたのはれ、じんましん <input type="checkbox"/> 咳、ゼイゼイ、ヒューヒュー等の呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐等の消化器症状 <input type="checkbox"/> 意識消失、ぐったり等の低血圧症状 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 最終症状確認 ( ) 年 月 頃	
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 顔面紅潮、まぶたのはれ、じんましん <input type="checkbox"/> 咳、ゼイゼイ、ヒューヒュー等の呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐等の消化器症状 <input type="checkbox"/> 意識消失、ぐったり等の低血圧症状 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 最終症状確認 ( ) 年 月 頃	
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 顔面紅潮、まぶたのはれ、じんましん <input type="checkbox"/> 咳、ゼイゼイ、ヒューヒュー等の呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐等の消化器症状 <input type="checkbox"/> 意識消失、ぐったり等の低血圧症状 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 最終症状確認 ( ) 年 月 頃	

食物によるアナフィラキシーショックの既往の有無	有 (最終 年 月) (症状 ) ・ 無
-------------------------	----------------------

*緊急時の処方薬 (薬品名、使用の目安、保管方法等主治医から指示されている内容等)	
内服薬	薬品名
吸入薬	薬品名
外用薬	薬品名
注射薬	エピペン®0.15mg ・ 0.3mg
その他	薬品名
*学校生活における留意点 (主治医から指示されている内容等配慮管理事項)	
給食	管理不要 要管理 ( )
運動	管理不要 要管理 ( )
授業	管理不要 要管理 ( )
行事	管理不要 要管理 ( )
その他	

学校記入欄

【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 )
対応内容	給食停止 → 完全弁当対応 一部代替 → 除去食提供 代替食持参 食べない	給食停止 → 完全弁当対応 一部代替 → 除去食提供 代替食持参 食べない	給食停止 → 完全弁当対応 一部代替 → 除去食提供 代替食持参 食べない
除去食提供	原因食物 ( ) 有 ・ 無	原因食物 ( ) 有 ・ 無	原因食物 ( ) 有 ・ 無
代替食対応 (デザート)	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
その他			

\*変更が生じた場合は、変更日を書き添え、加除修正する。  
\*記載欄が不足する場合は、2枚目以降に記載する。

食物アレルギー個別対応票 (中学校保管用)

表

保護者記入欄

学校名			
年度	年度	年度	年度
学年・組	年 組	年 組	年 組
保護者確認	<input type="checkbox"/> 確認 しました	前年度と <input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし	前年度と <input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし

(ふりがな) 生徒氏名			性別	男・女	生年月日	年 月 日
保護者氏名			電話番号			FAX 番号
保護者住所						
緊急連絡先	連絡先 1		関係		電話番号	
	連絡先 2		関係		電話番号	
	連絡先 3		関係		電話番号	
かかりつけ医療機関名				電話番号		
主治医氏名				診療科		
ID (カルテ) 番号			診断書、指示書等	有 ( ) ・ 無		
<b>*かかりつけ医療機関以外で、緊急時搬送する医療機関がある場合</b>						
	医療機関名	主治医氏名		電話番号		
1						
2						
3						
<b>*アレルギーの原因食物及びそれを食べたときの症状の発症等</b> (該当項目の□に✓を付けてください。)						
原因食物	原因食物を食べたときの症状			症状発症時の対応		
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 顔面紅潮、まぶたのはれ、じんましん <input type="checkbox"/> 咳、ゼイゼイ、ヒューヒュー等の呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐等の消化器症状 <input type="checkbox"/> 意識消失、ぐったり等の低血圧症状 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 最終症状確認 年 月頃					
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 顔面紅潮、まぶたのはれ、じんましん <input type="checkbox"/> 咳、ゼイゼイ、ヒューヒュー等の呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐等の消化器症状 <input type="checkbox"/> 意識消失、ぐったり等の低血圧症状 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 最終症状確認 年 月頃					
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 顔面紅潮、まぶたのはれ、じんましん <input type="checkbox"/> 咳、ゼイゼイ、ヒューヒュー等の呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐等の消化器症状 <input type="checkbox"/> 意識消失、ぐったり等の低血圧症状 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 最終症状確認 年 月頃					
食物によるアナフィラキシーショックの既往の有無		有 (最終 年 月) (症状 ) ・ 無				

*緊急時の処方薬（薬品名、使用の目安、保管方法等主治医から指示されている内容等）	
内服薬	薬品名
吸入薬	薬品名
外用薬	薬品名
注射薬	エピペン®0.15mg ・ 0.3mg
その他	薬品名
*学校生活における留意点（主治医から指示されている内容等配慮管理事項）	
給食	管理不要 要管理（ ）
運動	管理不要 要管理（ ）
授業	管理不要 要管理（ ）
行事	管理不要 要管理（ ）
その他	

学校記入欄

【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）
対応内容	給食停止 → 完全弁当対応 一部代替 → 除去食提供 代替食持参 食べない	給食停止 → 完全弁当対応 一部代替 → 除去食提供 代替食持参 食べない	給食停止 → 完全弁当対応 一部代替 → 除去食提供 代替食持参 食べない
除去食提供	原因食物（ ） 有 ・ 無	原因食物（ ） 有 ・ 無	原因食物（ ） 有 ・ 無
代替食対応 （デザート）	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
その他			

\*変更が生じた場合は、変更日を書き添え、加除修正する。  
\*記載欄が不足する場合は、2枚目以降に記載する。

食物アレルギー個別対応票 (幼稚園保管用)



保護者記入欄

幼稚園名			
年度	年度	年度	年度
組	組	組	組
保護者確認	<input type="checkbox"/> 確認 しました	前年度と <input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし	前年度と <input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし

(ふりがな) 幼児氏名			性別	男・女	生年月日	年 月 日
保護者氏名			電話番号			FAX 番号
保護者住所						
緊急連絡先	連絡先 1		関係		電話番号	
	連絡先 2		関係		電話番号	
	連絡先 3		関係		電話番号	
かかりつけ医療機関名				電話番号		
主治医氏名				診療科		
ID (カルテ) 番号			診断書、指示書等	有 ( ) ・ 無		
<b>* かかりつけ医療機関以外で、緊急時搬送する医療機関がある場合</b>						
	医療機関名	主治医氏名		電話番号		
1						
2						
3						
<b>* アレルギーの原因食物及びそれを食べたときの症状の発症等</b> (該当項目の□に✓を付けてください。)						
原因食物	原因食物を食べたときの症状			症状発症時の対応		
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 顔面紅潮、まぶたのはれ、じんましん <input type="checkbox"/> 咳、ゼイゼイ、ヒューヒュー等の呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐等の消化器症状 <input type="checkbox"/> 意識消失、ぐったり等の低血圧症状 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 最終症状確認 年 月頃					
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 顔面紅潮、まぶたのはれ、じんましん <input type="checkbox"/> 咳、ゼイゼイ、ヒューヒュー等の呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐等の消化器症状 <input type="checkbox"/> 意識消失、ぐったり等の低血圧症状 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 最終症状確認 年 月頃					
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 顔面紅潮、まぶたのはれ、じんましん <input type="checkbox"/> 咳、ゼイゼイ、ヒューヒュー等の呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐等の消化器症状 <input type="checkbox"/> 意識消失、ぐったり等の低血圧症状 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 最終症状確認 年 月頃					
食物によるアナフィラキシーショックの既往の有無		有 (最終 年 月) (症状 ) ・ 無				



*緊急時の処方薬（薬品名、使用の目安、保管方法等主治医から指示されている内容等）	
内服薬	薬品名
吸入薬	薬品名
外用薬	薬品名
注射薬	エピペン®0.15mg ・ 0.3mg
その他	薬品名
*園生活における留意点（主治医から指示されている内容等配慮管理事項）	
給食等	管理不要 要管理（ ）
食物・食材を扱う活動	管理不要 要管理（ ）
運動	管理不要 要管理（ ）
行事	管理不要 要管理（ ）
その他	

園記入欄

【学校給食等における対応決定事項】

	決定（ 年 月 日）	変更（ 年 月 日）
給食弁当		
パン給食		
牛乳		
その他		

\*変更が生じた場合は、変更日を書き添え、加除修正する。  
\*記載欄が不足する場合は、2枚目以降に記載する。

様式3 (原因食物が多数あり記載欄が不足する場合に使用)

*アレルギーの原因食物及びそれを食べたときの症状の発症等 (該当項目の□に✓を付けてください。)		
原因食物	原因食物を食べたときの症状	症状発症時の対応
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 顔面紅潮、まぶたのはれ、じんましん <input type="checkbox"/> 咳、ゼイゼイ、ヒューヒュー等の呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐等の消化器症状 <input type="checkbox"/> 意識消失、ぐったり等の低血圧症状 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 最終症状確認 年 月頃	
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 顔面紅潮、まぶたのはれ、じんましん <input type="checkbox"/> 咳、ゼイゼイ、ヒューヒュー等の呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐等の消化器症状 <input type="checkbox"/> 意識消失、ぐったり等の低血圧症状 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 最終症状確認 年 月頃	
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 顔面紅潮、まぶたのはれ、じんましん <input type="checkbox"/> 咳、ゼイゼイ、ヒューヒュー等の呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐等の消化器症状 <input type="checkbox"/> 意識消失、ぐったり等の低血圧症状 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 最終症状確認 年 月頃	
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 顔面紅潮、まぶたのはれ、じんましん <input type="checkbox"/> 咳、ゼイゼイ、ヒューヒュー等の呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐等の消化器症状 <input type="checkbox"/> 意識消失、ぐったり等の低血圧症状 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 最終症状確認 年 月頃	
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 顔面紅潮、まぶたのはれ、じんましん <input type="checkbox"/> 咳、ゼイゼイ、ヒューヒュー等の呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐等の消化器症状 <input type="checkbox"/> 意識消失、ぐったり等の低血圧症状 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 最終症状確認 年 月頃	
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 顔面紅潮、まぶたのはれ、じんましん <input type="checkbox"/> 咳、ゼイゼイ、ヒューヒュー等の呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐等の消化器症状 <input type="checkbox"/> 意識消失、ぐったり等の低血圧症状 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 最終症状確認 年 月頃	
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 顔面紅潮、まぶたのはれ、じんましん <input type="checkbox"/> 咳、ゼイゼイ、ヒューヒュー等の呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐等の消化器症状 <input type="checkbox"/> 意識消失、ぐったり等の低血圧症状 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 最終症状確認 年 月頃	
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 顔面紅潮、まぶたのはれ、じんましん <input type="checkbox"/> 咳、ゼイゼイ、ヒューヒュー等の呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐等の消化器症状 <input type="checkbox"/> 意識消失、ぐったり等の低血圧症状 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 最終症状確認 年 月頃	

【面談、発症等の記録】

年・月・日	内 容	備 考 (最終診断日等)

# 年度 食物アレルギーを有する幼児児童生徒一覧

\* 要相談の場合は、食物アレルギー個別対応票(様式3)を参照すること

No.	学年	組	幼児・児童・生徒 氏名	原因食物(アレルギー)	アナフィラキ シーシヨック 既往の有無	幼稚園・学校生活上の留意点				緊急対応			その他	
						給食対応		授業・活動	運動	宿泊行事 等	内服薬	エピペン		その他
						要否	内容							
記入例	1	1	姫路 太郎	卵・牛乳・小麦・ピーナッツ	無	要相談	一部弁当	要相談	管理不要	要相談	有	無		
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														

年度 給食における食物アレルギー対応幼児児童生徒一覧

姫路市立

園・校

No.	学 年	組	幼児児童生徒名	原因食物(アレルギー)	給食対応			給食対応の内容について			給食費の取扱い		
					給食停止 (完全弁当)	一部代替	除去食対応アレルギー	代替食 (デザート)対応	その他特記事項	牛乳 停止	パン 停止	ご飯 停止	
記入例	1	1	姫路 太郎	卵・牛乳・小麦・ピーナッツ		○	卵・乳	対応する	献立により、主菜や副菜が提供できない場合には、家庭より代替食を持参する。	○	×	×	
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													

年度 食物アレルギー対応幼児一覧

姫路市立

幼稚園

No.	学年	組	幼児氏名	原因食物(アレルギー)	食事対応について				その他配慮事項
					給食弁当	パン給食	牛乳		
記入例	5歳児	すみれ	姫路 太郎	卵・牛乳・エビ	家庭より弁当を持参	代替食を提供 (タマゴサシンド→ハムサン ド)	家庭より豆乳を持参	<ul style="list-style-type: none"> <li>副食:ヨーグルト、チーズについては代替食を提供</li> <li>おやつ等臨時に提供するものは、事前に保護者と相談</li> </ul>	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									

## 確 認 書

(ふりがな) 幼児児童生徒 氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
------------------------	--	----	-----	------	-------

1 食物アレルギー対応について、別紙資料のとおり確認します。

- 別紙資料  学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）【様式1】
- 食物アレルギーに関する個別調査票（保護者記入用）【様式2】
- 食物アレルギー個別対応票（学校・園保管用）【様式3】
- 緊急時個別対応票【様式13】
- その他（ ）

2 学校給食等における食物アレルギー対応について  対応を希望する  
 対応を希望しない

- 【食物アレルギー対応の内容】  給食停止  
 除去対応（一部代替食持参 有・無）

3 アドレナリン自己注射薬『エピペン』の処方を受けている場合は、その情報を学校（幼稚園）から姫路市教育委員会を經由し、姫路市消防局に提供することに同意します。

確認日 年 月 日

(保護者確認) 保護者氏名 \_\_\_\_\_ 自署

\_\_\_\_\_ 自署

(学校・幼稚園確認) 学校長・園長氏名 \_\_\_\_\_ 自署

### 【食物アレルギー対応委員会】

学校 (園) 確認欄	学校長 (園長)	教頭	学級 担任	養護 教諭	栄養 教諭	食育 担当	給食 担当	調理 担当		上記に ついて 確認し ました

年 月分 月別食物アレルギー対応予定一覧 担当

※牛乳中止 年 組 氏名

※パン中止 年 組 氏名

日	学年・組	氏名	アレルギー	献立名	対 応		
					対応食	家庭より持参	食べない



平成29年 4月分 月別食物アレルギー対応予定一覧

担当 △△

※牛乳中止 年 組 氏名

※パン中止 年 組 氏名

日	学年 ・組	氏 名	アレルギー	献立名	対 応		
					対応食	家庭より持参	食べない
5	1-2	A	卵	かき卵汁	○		
	2-1	E	卵	かき卵汁	○		
	3-1	B	卵	かき卵汁	○		
8	1-2	C	小麦	ハンバーグ		○	
	3-1	D	乳	シーフードチャウダー		○	
12	1-2	A	卵	八宝菜		○	
	2-1	E	卵・えび・いか	八宝菜		○	
	3-1	B	卵	八宝菜		○	
18	1-2	C	小麦	れんこんのかき揚げ			○
	2-1	E	えび	れんこんのかき揚げ		○	
	5-2	F	えび	れんこんのかき揚げ			○
28	1-2	A	卵	親子どんぶり	○		
	2-1	E	卵	親子どんぶり	○		
	2-1	E	いか	きゅうりの酢の物		○	
	3-1	B	卵	親子どんぶり	○		

## 学校給食アレルギー対応個人票 (給食室用)

年 月 日 ( ) 献立名 \_\_\_\_\_

記入者名 \_\_\_\_\_

対応対象者氏名	
学 年	
病 名	
ア レ ル ゲ ン	
投 薬	
指 示 内 容	
除 去 期 間	
<b>調 理 過 程</b>	食材・食品の除去手順及びその他の注意点
~~~~~	
<b>確 認 者 名</b>	
○調理師名 ↓ ●受取者名	○ _____ ↓ ● _____
時 刻	_____ : _____
次回受診予定日	

連絡簿（アレルギー対応除去食）										
日 項目										
献立名										
送付数										
送付者 送付者印										
配送者 配送者印										
受取者 受取者印										
配膳者 配膳者印										
学校長確認 学校長確認印										
連絡事項										

<p style="text-align: center;">年 組</p> <hr/> <p>氏名</p> <hr/>
--------------------------------------------------------------

（あて先）姫路市教育委員会健康教育課長

住 所	_____
保護者氏名	_____
学 校 園 名	幼稚園      組 学 校      年      組
幼児児童生徒氏名	_____
電 話 番 号	（          ） _____

### 食物アレルギー負荷試験等に伴う学校給食用物資使用の依頼について

みだしのことについて、食物アレルギー負荷試験等に使用したいので、下記の学校給食用物資の提供をお願いします。

なお、食材の安全衛生管理には十分配慮し、食物アレルギー負荷試験等については必ず主治医の指示の下保護者の責任で行うことを確約します。

### 記

- 1 給食用物資名（          年      月      日献立分）
- 2 使用目的
- 3 調理方法に関する資料  
 希望する  
 希望しない
- 4 医療機関名 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_

※ 裏面の留意事項をお読みください。

## 食物アレルギー負荷試験等に伴う学校給食用物資使用の留意事項

姫路市教育委員会健康教育課

学校給食用物資の校外への持出しは、学校給食衛生管理基準（平成21年文部科学省告示第64号）に照らし、姫路市では原則として禁止していますが、次の条件で食物アレルギー負荷試験等での使用を認めます。

- 提供できるのは、学校給食開発食品である加工食品が対象となります。野菜や肉など一般に調達可能な食材は対象としません。
- 原則として、調理加熱を行わずそのままの状態でお渡しします。献立表と食品内容明細書で、調味料などにも食物アレルギーの原因食品がないか御確認ください。
- 希望により、調理方法に関する資料を添付することができます。なお、調理方法は、大量調理を前提としたものです。
- 依頼書は、学校を通じて教育委員会健康教育課へ提出してください。
- 対象の食材が準備できましたら電話連絡いたしますので、日程調整の上保護者が健康教育課（姫路市役所8階）へ受取りに来てください。  
なお、受取りは、学校給食の提供日と同じ日になるとは限りません。
- 対象の食材が冷蔵品の場合は10℃以下で保冷できる保冷バッグ等、冷凍品の場合は0℃以下に保冷できるものを御準備ください。
- 調理は、幼児児童生徒の診察日・時間に合わせて保護者が行ってください。
- 喫食する場合は、必ず主治医の立会いの下で喫食させてください。
- その他、詳細については教育委員会健康教育課にお問い合わせください。

<問い合わせ先>

姫路市教育委員会  
健康教育課 給食担当  
Tel : 079-221-2772

年（ ）年） 月 日

(あて先) 健康教育課長

姫路市立 学校  
校長

食物アレルギー対応に関する事案の報告について

食物アレルギー対応に関する事案について次のとおり報告します。

1 概要（経過等）

2 幼児児童生徒の状況

(1) 学年

年生

(2) 性別

男・女

(3) アレルゲン

(4) 主治医

(5) 食物アレルギー対応委員会の決定事項

3 学校給食の献立

月 日 ( )

〇〇〇、〇〇〇、・・・・・・・・・・

4 主治医の指示

有・無

(内容)

5 食材提供希望日（保護者の申出日）

※ 提供は、保存食の保存期間（2週間）の経過後となります。

月 日 ( ) 午前・午後 時 分

年（ ）年） 月 日

(あて先) 健康教育課長

姫路市立 学校  
校長

食物アレルギー対応に関する事案の報告について

食物アレルギー対応に関する事案について次のとおり報告します。

- 1 概要(経過等)
- 2 幼児児童生徒の状況
  - (1) 学年  
年生
  - (2) 性別  
男・女
  - (3) アレルゲン
  - (4) 主治医
  - (5) 食物アレルギー対応委員会の決定事項
- 3 事案発生日等  
月 日( )  
学校給食の献立  
○○○、○○○、・・・・・・・・
- 4 問題点
- 5 再発防止に向けた取組





# 緊急時個別対応票

(種々のケースがありますので、これはあくまでも目安です。この通りにしないといけない訳ではありません)

・ 年 組 名 前 \_\_\_\_\_

・ 生年月日 平成 年 月 日 \_\_\_\_\_

アレルギー抗原 \_\_\_\_\_

保護者名 \_\_\_\_\_

自宅電話 \_\_\_\_\_

職場電話 \_\_\_\_\_

携帯電話 \_\_\_\_\_

主治医病院名 \_\_\_\_\_

主治医電話 \_\_\_\_\_

主治医名 \_\_\_\_\_

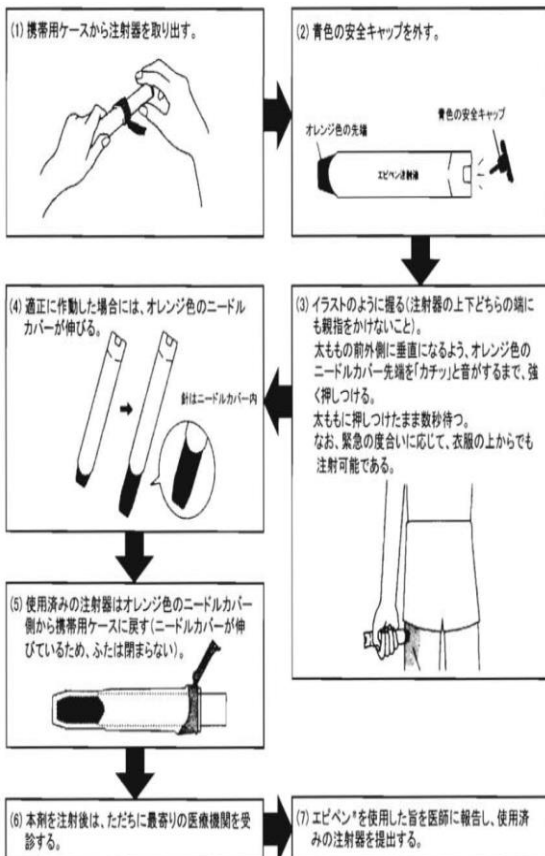
## 軽症・中等症時

- ・ 口唇・顔面・眼の腫脹・発赤
- ・ じんま疹、みみず腫れ、かゆみ
- ・ 咳、くしゃみ、鼻水、鼻づまり
- ・ のどのかゆみ、軽度の腹痛、嘔吐、下痢
- ・ 元気がない・全身のじんま疹・発赤・かゆみ

## 行動

- ・ 児の側に付き添い助けを呼ぶ、**児を動かさない**
- ・ 投薬する(医師より処方されている場合)  
投薬名・量  
( \_\_\_\_\_ )  
( \_\_\_\_\_ )
- ・ エピペンを横に置く
- ・ 家族に連絡

誰か必ず一人付き添い次のアナフィラキシー症状を観察する



## アナフィラキシー(激しいアレルギー反応)

- ・ 頻回の嘔吐・下痢、激しい腹痛
- ・ 犬が吠えるような咳、声がれ
- ・ 喘鳴(ゼーゼー)、頻回の咳、呼吸困難、チアノーゼ
- ・ 脈を触れにくい・不規則、蒼白、ぐったり、不安、失禁、意識消失

## 行動

- ・ エピペン投与
- ・ 救急車を呼ぶ
- ・ 児を寝かせ、足を挙げる、呼吸困難があれば座らせても良いが立たせない
- ・ 家族を呼ぶ

**疑わしい時はエピペンを投与する**  
たとえ回復しても医師に診せる

食物アレルギー緊急対応経過記録表

記載者名( )

1	当該児童生徒名		年 組		( 男 ・ 女 )		
2	発生日時 (症状がある、原因食物を食べた、触れた)		年 月 日	時 分	発生場所		
3	食べた (皮膚につく、眼に入る等も含む)もの				量		
4	時 分	処 置  処置した項目 に☑をつける	処置	<input type="checkbox"/> 口の中のものを取り除く <input type="checkbox"/> うがいをする <input type="checkbox"/> 手を洗う <input type="checkbox"/> 眼や顔を洗う <input type="checkbox"/> その場で安静にさせる <input type="checkbox"/> 保健室へ搬送			
	時 分		薬の使用	薬( )を内服・吸入			
	時 分		薬の使用	薬( )を内服・吸入			
	時 分		エピペン <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> エピペン有りの場合 <input type="checkbox"/> エピペン使用に備え取り出した <input type="checkbox"/> 本人に持たせた <input type="checkbox"/> エピペン注射した場合			
	時 分			<input type="checkbox"/> 本人が注射した <input type="checkbox"/> 本人以外( )が注射した			
時 分	心肺蘇生	<input type="checkbox"/> 心肺蘇生を開始する		AED装着	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
5	時 分	保護者へ連絡	内容( )				
6	時 分	主治医等連絡	内容( )				
7	時 分	救急車要請	時 分	救急車到着			
8	時 分	救急車発車	搬送先医療機関( )				

確認された症状 該当症状に、出現○・消失×をつける

時 間	太字は重症(緊急性が高い)を示す。一つでも当てはまればただちにエピペン を使用！(迷ったらエピペンを打つ) その場で安静 反応がなく呼吸がなければ心肺蘇生！					その他特記事項
	皮膚の症状	目口鼻顔面症状	消化器症状	呼吸器症状	全身状態	
時 分	・ 蕁麻疹 (数個・全身) ・ 発赤 (一部、全身) ・ かゆみ (軽い、強い)	・ 目(かゆみ・充血) ・ まぶたの腫れ ・ 口腔内の違和感、唇の腫れ ・ くしゃみ、鼻水、鼻づまり ・ のどのかゆみ	・ 腹痛 (軽度、激しい) ・ 吐き気 ・ おう吐 (1-2回、頻回) ・ 下痢 (1-2回、頻回)	・ 咳 (軽い、頻回) ・ のどや胸が締めつけられる ・ 声がかすれる ・ 息苦しい ・ 犬が吠えるような咳 ・ ゼーゼーする呼吸	・ やや元気がない ・ ぐったり ・ 意識もうろう ・ 尿や便を漏らす ・ 脈が触れにくい ・ 唇や爪が青白い	
時 分	・ 蕁麻疹 (数個・全身) ・ 発赤 (一部、全身) ・ かゆみ (軽い、強い)	・ 目(かゆみ・充血) ・ まぶたの腫れ ・ 口腔内の違和感、唇の腫れ ・ くしゃみ、鼻水、鼻づまり ・ のどのかゆみ	・ 腹痛 (軽度、激しい) ・ 吐き気 ・ おう吐 (1-2回、頻回) ・ 下痢 (1-2回、頻回)	・ 咳 (軽い、頻回) ・ のどや胸が締めつけられる ・ 声がかすれる ・ 息苦しい ・ 犬が吠えるような咳 ・ ゼーゼーする呼吸	・ やや元気がない ・ ぐったり ・ 意識もうろう ・ 尿や便を漏らす ・ 脈が触れにくい ・ 唇や爪が青白い	
時 分	・ 蕁麻疹 (数個・全身) ・ 発赤 (一部、全身) ・ かゆみ (軽い、強い)	・ 目(かゆみ・充血) ・ まぶたの腫れ ・ 口腔内の違和感、唇の腫れ ・ くしゃみ、鼻水、鼻づまり ・ のどのかゆみ	・ 腹痛 (軽度、激しい) ・ 吐き気 ・ おう吐 (1-2回、頻回) ・ 下痢 (1-2回、頻回)	・ 咳 (軽い、頻回) ・ のどや胸が締めつけられる ・ 声がかすれる ・ 息苦しい ・ 犬が吠えるような咳 ・ ゼーゼーする呼吸	・ やや元気がない ・ ぐったり ・ 意識もうろう ・ 尿や便を漏らす ・ 脈が触れにくい ・ 唇や爪が青白い	
時 分	・ 蕁麻疹 (数個・全身) ・ 発赤 (一部、全身) ・ かゆみ (軽い、強い)	・ 目(かゆみ・充血) ・ まぶたの腫れ ・ 口腔内の違和感、唇の腫れ ・ くしゃみ、鼻水、鼻づまり ・ のどのかゆみ	・ 腹痛 (軽度、激しい) ・ 吐き気 ・ おう吐 (1-2回、頻回) ・ 下痢 (1-2回、頻回)	・ 咳 (軽い、頻回) ・ のどや胸が締めつけられる ・ 声がかすれる ・ 息苦しい ・ 犬が吠えるような咳 ・ ゼーゼーする呼吸	・ やや元気がない ・ ぐったり ・ 意識もうろう ・ 尿や便を漏らす ・ 脈が触れにくい ・ 唇や爪が青白い	
時 分						
時 分						