

様式集

様式No.	様式名	変更	記入例	策定・改訂日
様式 1	学校給食を含む学校教育活動における食物アレルギー対応について（お願い）			2026. 3
様式 2	食物アレルギーに関する調査票（保護者記入用）			2025. 1
様式 3	給食における食物アレルギー対応 依頼書兼同意書	不可		2025. 1
様式 4	家庭における除去の程度一覧表（保護者記入用）			2025. 1
様式 5	学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）	不可	○	2022. 5
様式 6	給食における食物アレルギー対応 解除申請書	不可		2025. 1
様式 7	学校給食変更届	一部可	○	2026. 2
様式 8	保護者面談チェックリスト			2025. 1
様式 9	食物アレルギー対応 保護者面談記録票			2025. 1
様式 10	宿泊行事等における食物アレルギー事前調査票（保護者記入）			2025. 1
様式 11	エピペン [®] 所持者の緊急対応の情報提供について（お願い）			2025. 1
様式 12	食物アレルギー継続管理表			2025. 1
様式 13	食物アレルギー個別対応計画		○	2025. 1
様式 14	食物アレルギーを有する児童生徒一覧表			2025. 1
様式 15	宿泊行事等における食物アレルギー対応者一覧表			2025. 1
様式 16	食物アレルギー経過記録票		○	2025. 1
様式 17	<廃止>			
様式 18	食物アレルギーにかかる誤配・誤食、初発対応等について（事故報告）	不可	○	2025. 1
様式 19	エピペン [®] を学校へ持参している児童生徒について（報告）【年度当初用】	不可		2025. 1
様式 19の2	エピペン [®] を学校へ持参している児童生徒について（報告）【追加・削除用】	不可		2025. 1
様式 20	来年度の食物アレルギー対応について（お願い）			2025. 1
様式 21	「アレルギー研修セット」申込書	不可		2025. 1
様式 22	学校生活管理指導表について（保護者向け提出依頼・医師向け記入依頼）			2025. 1
様式 23	食物アレルギー対応献立表		○	2025. 1
様式 24	誤配・誤食を防ぐための共通ルール（掲示用）			2025. 1
様式 25	疾病による飲用牛乳停止・再開（届）			2025. 1
様式 26	食物アレルギー対応カード			2025. 1

資料集（編集可能データ書庫にあり）

資料No.	資料名	策定・改訂日
資料 1	【PDF 変更不可】新潟市立学校園における食物アレルギー対応（一覧表）	2026. 3
資料 2	食物アレルギー校内取組プラン（例）	2025. 1
資料 3	食物アレルギー（個別対応）の確認の流れ（例）	2025. 1
資料 4	食物アレルギー対応献立表の記入について（例）	2025. 1
資料 5	食物アレルギー緊急時対応モデル	2025. 1
資料 6	食物アレルギー校内職員研修計画（例）	2025. 1

〇〇年〇〇月〇〇日

保護者 様

新潟市立〇〇学校・園長

学校給食を含む学校教育活動における食物アレルギー対応について (お願い)

日頃、学校教育活動についてご理解とご協力をいただき感謝申し上げます。

アレルギー疾患を有する児童生徒は年々増加しており、これに伴う対応も複雑化しています。特に食物アレルギーは、症状によっては生命の危険につながる疾患であり、安心安全な教育活動を実施するに当たり、個別に状況を把握し、適切に対応していく必要があります。

つきましては、市立学校園においては、市教育委員会が示すマニュアルに基づき、下記のとおり対応を行っていますので、この内容についてご確認くださいませようお願いします。また、食物アレルギーを有する場合、学校給食を含む教育活動での対応等に関し、必要に応じ下記1の書類を提出いただき、裏面の学校担当等へ〇〇月〇〇日(〇)までに、ご相談くださいますようお願いいたします。(相談日は、担当者へ連絡してください。後日、調整いたします。)

記

1 必要に応じ提出いただく書類

- (1) 食物アレルギーに関する調査票【様式2】 全員ただし、就学時健診保健調査票で替えることができる
- (2) 給食における食物アレルギー対応 依頼書兼同意書【様式3】 該当者のみ
- (3) 家庭における除去の程度一覧表【様式4】 該当者のみ
- (4) 学校生活管理指導表【様式5】 該当者のみ

食物アレルギーへの対応は、正しい診断を踏まえた内容で行うことが重要であり、入学前等、成長段階に応じて医師による診断を受けることが必要です。このため、学校生活管理指導表について、主治医から記入を受け、学校へ提出いただくことにしています。
- (5) 学校給食変更届【様式7】 該当者のみ

2 本市の食物アレルギー対応について

(1) 新潟市の学校給食の原則

ア 食物アレルギーを有する児童生徒にも給食を提供します。そのためにも「安全性」を最優先とします。

イ 食物アレルギーの危険性の高い食品や発症数が多い食品は、使用しません。

そば、落花生(ピーナッツ)、キウイフルーツ、くるみ、カシューナッツ、生の鶏卵、マカダミアナッツ、ピスタチオ、ヘーゼルナッツ、ピーカンナッツ(ペカンナッツ)、ココナッツ、ブラジルナッツ、やまいも(ながいも)、バナナ、かに、たこ、あわび、いくら(すじこ)、たらこ、かずのこ

(2) 学校給食における食物アレルギー対応

ア 対応は、医師による「学校生活管理指導表」の内容に基づき、保護者との面談等を行った上で決定します。

イ 給食提供は、「原因物質の完全除去」または「他の児童生徒と同じ給食」のいずれかとします。

ウ 給食で提供するアレルギー対応食は、除去食（調理の最終段階で加えないことができる料理に限る）のみとします。除去する食品は「卵」「乳」「ごま」「アーモンド」としますが、各調理施設により対応の可否や対応できる料理が異なります。

なお当校では、令和7年度に限り、一部〇〇の対応を継続します。

エ 極微量でアレルギー反応が誘発される可能性がある等の場合は、弁当による対応をお願いすることもあります。

(3) 食物アレルギー以外の理由での飲用牛乳の停止について

飲用牛乳の停止は、給食での栄養の偏りを防ぐため、原則、食物アレルギー又は疾病による原因で医師の診断がある場合に限ります。その他の理由で、やむを得ず牛乳を飲むことができない場合は、下記の学校担当等へご相談ください。

(4) アレルギー対応食にかかる給食費

ア 一定期間、給食を全く食べない場合、給食費は集金しません。

イ 飲用牛乳を停止する場合は、給食費から牛乳代を除いた額を集金します。

ウ 牛乳以外（主食・おかず等）については、一部を除去または不提供とする場合でも、給食費の減額または返金はありません。

(5) 学校給食での対応がない食物アレルギーがある児童生徒について

校外学習や宿泊行事等における児童生徒の安全管理のため、医師の診断を受けて学校生活管理指導表を記入してもらい、学校へ提出していただきます。

3 その他

(1) 給食で初めてアレルギーを発症する場合があります。給食では下記の食品も使用しますので、体調のよいときに、ご家庭で食べてみられて症状が現れるかどうか確認してください。また、日頃から様々な食品を少しずつ摂取するよう心がけてください。

<給食で初めて食べる食材としてよく見られる例>

アーモンド、いか、ししゃも、くだもの類（スイカ、メロン）・・・など

(2) 学校生活開始後に、新たなアレルギー症状が現れた場合は、年度途中であっても速やかに学級担任までお知らせください。

<担当> 〇〇〇 学校 〇〇〇〇 〇〇〇〇 Tel 〇〇〇—〇〇〇〇

食物アレルギーに関する調査票 (保護者記入用)

幼稚園・保育園名		児童・生徒氏名	
学校名		保護者名	

※ ここ1年間のことについて該当する□にチェックを入れ、必要事項をご記入ください。

記入年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1 食物アレルギーはありますか。

はい いいえ ⇒ 「**いいえ**」の方は、以下の記入の必要はありません。

2 食物アレルギーの症状はいつ頃からですか。 (_____) 才頃

3 給食や食品を扱う行事や授業等での食物アレルギー対応 (除去食・献立や食材一覧の連絡など) は必要ですか。

はい いいえ

4 食物アレルギーの原因食物は何ですか。また、その食物を摂取後、どのような症状が起こりますか。

食物名	症状	具体的症状を記入
	<input type="checkbox"/> 不明	(最後の発症年月日: _____)
	<input type="checkbox"/> 不明	(最後の発症年月日: _____)
	<input type="checkbox"/> 不明	(最後の発症年月日: _____)
	<input type="checkbox"/> 不明	(最後の発症年月日: _____)

5 現在除去している食べ物はありますか。

いいえ はい (食物名: _____)

6 上記質問5の除去食はどなたが判断しましたか。

医師 保護者 その他 (_____)

給食における食物アレルギー対応 依頼書兼同意書

新潟市立

学校園長 様

年 組 児童生徒名： _____

上記児童生徒は、この度、添付書類のとおり食物アレルギーの診断を受けましたので、給食について配慮していただきますようお願いいたします。

なお、給食の実施にあたっての対応については、貴施設の規定の説明を受け、同意します。

また、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、添付書類に記載された内容を関係職員・関係機関で共有すること、進級・進学時に進級・進学先へ情報提供することについて同意します。

添付書類： **【様式5】** 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

【様式4】 家庭における除去の程度一覧表

緊急時処方薬： なし あり（薬品名 _____）

年 月 日 保護者署名（児童生徒との続柄： _____）

受領者署名 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 新潟市立 学校園長 _____ 印 </div>			
学校給食センター確認		民間センター確認	
所長	栄養教諭	責任者	栄養教諭

保護者 → 学校（署名・押印） → センター等（署名・コピー保管） → 学校（コピー保管） → 保護者（原本保管）

家庭における除去の程度一覧表(保護者記入用)

記入年月日	年 月 日
氏名	

学校・園名

※ 家庭で食べているものに○、食べていないものに×を記入してください。

卵

	食品リスト	○×
1	生卵、生の卵白が含まれる食品	○×
2	加熱した卵料理(目玉焼き、ゆでたまご、たまご焼き、オムレツなど) 生の卵黄が含まれる食品(アイスクリーム、マヨネーズなど) 加熱した卵白が相当量含まれる食品(プリン、茶碗蒸し、たまごスープなど)	
3	加熱した卵が含まれる食品(ケーキ、クッキー、カステラ、菓子パン、フライの衣など)	
4	つなぎに卵が含まれる食品(かまぼこ、ちくわ、ハム、ソーセージ、中華めんなど) 全卵を極めて微量に含む食品(一部の食パン、天ぷら粉、めん類のつなぎなど)	

牛乳・乳製品

	食品リスト	○×
1	生の牛乳、牛乳を主原料とした食品(牛乳、調製粉乳、練乳 など) 生の牛乳を用いた食品(生クリーム、アイスクリーム など)	○×
2	牛乳が相当量含まれる食品(プリン、パナロア、シチュー など) チーズ、ヨーグルト、バターやこれらを含んだ食品	
3	牛乳を多く含むお菓子(ケーキ、チョコレート など) つなぎにカゼインを含んだ食品(一部のハム、ソーセージ など)	
4	一部のマーガリン、ショートニング 加熱された牛乳やバターが少量含まれる食品(食パン、クッキー など) 乳糖	

小麦・麦製品

	食品リスト	○×
1	小麦を主成分とした食品(パン、うどん、麩、パスタ、ケーキ など)	○×
2	小麦を使用した食品(肉・練り製品のつなぎ、カレールウ、フライの衣 など) 麦製品そのものを少量使用(麦ごはん・麦みそなど)	
3	みそ・しょうゆ・酢	

肉類

	食品リスト	○×
1	肉そのもの(牛肉、鶏肉、豚肉 など)	○×
2	肉、骨などを使用したスープ(エキス、コンソメ、ルウ など)	
3	加工品()	

魚介類・甲殻類

	食品リスト	○×
1	甲殻類・魚介(えび、かに、いか、貝、魚 など)	○×
2	魚介類を使用したスープ(だし、エキス など)	
3	魚卵(子持ちししやも・たらこ など)	
4	加工品()	
備考	×の魚介類を具体的に記入してください	

大豆・大豆加工品および豆類

	食品リスト	○×
1	大豆、枝豆、おから	○×
2	豆乳、豆腐、厚揚げ、油揚げ、がんもどき など 納豆、きな粉、またその加工品 マーガリン、ルウ	
3	落花生(ピーナッツ) 豆類(あずき、大豆もやし、緑豆もやし、いんげん豆 など) 大豆油、みそ、しょうゆ など	

その他

	食品リスト	○×
1	種実類(ごま・カシューナッツ・アーモンド・くるみ など)	○×
2	果物類(キウイ、スロウ、みかん、マンゴー、グレープフルーツ など)	
3	野菜(トマト、なす など)	
4	そば	
5	その他: 具体的な食品名を記入してください	

名前

(男・女)

年

月

日生(歳)

学校

組

提出日

年 月 日

病型・治療		学校生活上の留意点		★保護者	
<p>気管支ぜん息</p> <p>(あり・なし)</p> <p>A 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良</p> <p>B-1 薬物管理薬(吸入) 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-2 長期管理薬(内服) 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 2. その他</p> <p>B-3 長期管理薬(注射) 1. 生物学的製剤</p> <p>C 発作時の対応 1. ベータ刺激薬吸入 2. ベータ刺激薬内服</p>	<p>学校生活上の留意点</p> <p>A 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>B 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>C 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>D その他の配慮・管理事項(自由記載)</p>	<p>【緊急時連絡先】</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>薬剤名 投与量/日</p> <p>薬剤名 投与量/日</p> <p>薬剤名 投与量/日</p> <p>薬剤名 投与量/日</p>	<p>記載日 年 月 日</p> <p>医師名</p> <p>医療機関名</p>	<p>記載日 年 月 日</p> <p>医師名</p> <p>医療機関名</p>
<p>アトピー性皮膚炎</p> <p>(あり・なし)</p> <p>A 重症度のめやす(厚生労働科学研究班) 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。 *軽度の皮疹: 軽度の紅斑・乾燥・丘疹・びらん、浸潤、苔癬化などを伴う障害 *強い炎症を伴う皮疹: 紅斑・丘疹・びらん、浸潤、苔癬化などを伴う障害</p> <p>B-1 常用する外用薬 1. ステロイド軟膏 2. タクロリムス軟膏 (「プロトピック®」) 3. 保湿剤 4. その他</p> <p>B-2 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他</p> <p>B-3 常用する注射薬 1. 生物学的製剤</p>	<p>学校生活上の留意点</p> <p>A フール指導及び長時間の课外機下での活動 1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>B 動物との接触 1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>C 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>D その他の配慮・管理事項(自由記載)</p>	<p>記載日 年 月 日</p> <p>医師名</p> <p>医療機関名</p>	<p>薬剤名 投与量/日</p> <p>薬剤名 投与量/日</p> <p>薬剤名 投与量/日</p>	<p>記載日 年 月 日</p> <p>医師名</p> <p>医療機関名</p>	<p>記載日 年 月 日</p> <p>医師名</p> <p>医療機関名</p>
<p>アレルギー性結膜炎</p> <p>(あり・なし)</p> <p>A 病型 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. アトピー性結膜炎 5. その他</p> <p>B 治療 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>学校生活上の留意点</p> <p>A フール指導 1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>B 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>C その他の配慮・管理事項(自由記載)</p>	<p>記載日 年 月 日</p> <p>医師名</p> <p>医療機関名</p>	<p>薬剤名 投与量/日</p> <p>薬剤名 投与量/日</p>	<p>記載日 年 月 日</p> <p>医師名</p> <p>医療機関名</p>	<p>記載日 年 月 日</p> <p>医師名</p> <p>医療機関名</p>
<p>アレルギー性鼻炎</p> <p>(あり・なし)</p> <p>A 病型 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 治療 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>学校生活上の留意点</p> <p>A 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>B その他の配慮・管理事項(自由記載)</p>	<p>記載日 年 月 日</p> <p>医師名</p> <p>医療機関名</p>	<p>薬剤名 投与量/日</p> <p>薬剤名 投与量/日</p>	<p>記載日 年 月 日</p> <p>医師名</p> <p>医療機関名</p>	<p>記載日 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

名前 (男・女) 年 月 日生(歳) 年 月 日生 提出日 年 月 日

学校が保護者に渡す前に記入する

※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>アレルギー疾患</p> <p>具体的な指示事項については学校生活で気を付ける事を詳細にご指示ください。</p> <p>※2について具体的な指示事項をご記入ください。</p>		<p>A 給食</p> <p>1. 管理不要 ※2について具体的な指示事項をご記入ください。</p> <p>2. 管理必要</p> <p>給食対応について具体的に記入 例：微量でも摂取はしない 揚げ油の使いまわしはよい 負荷試験をしながら微量摂取しているが まだ除去が必要</p>	
<p>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</p> <p>1. 食物 (原因)</p> <p>2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー</p> <p>3. 運動誘発アナフィラキシー</p> <p>4. 昆虫 ()</p> <p>5. 医薬品 ()</p> <p>6. その他 (魚卵 シンヤモ イクラ ウズラの卵 等)</p> <p>食物については、具体的な食材や調理方法についての記載をお願いします。</p>		<p>B 食物・食材を扱う授業・活動</p> <p>1. 管理不要 ※2について具体的に指示事項をご記入ください。</p> <p>2. 管理必要</p> <p>医療機関名: 牛乳パック等に触れることは禁止 等</p> <p>小麦に触れることは禁止 等</p>	
<p>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</p> <p>【除去根拠】該当するものを()内に記載</p> <p>① 明らか症状の既往 ② 食物経口負荷試験陽性 ③ IgE抗体等検査結果陽性 ④ 未摂取</p> <p>1. 鶏卵 ()</p> <p>2. 牛乳・乳製品 ()</p> <p>3. 小麦 ()</p> <p>4. ソバ ()</p> <p>5. ビーナッツ ()</p> <p>6. 甲殻類 ()</p> <p>7. 木の実類 ()</p> <p>8. 果物類 ()</p> <p>9. 魚類 ()</p> <p>10. 肉類 ()</p> <p>11. その他1 ()</p> <p>12. その他2 ()</p> <p>13. その他3 ()</p>		<p>C 運動(体育・部活動等)</p> <p>1. 管理不要 ※2, 3について具体的に指示事項をご記入ください。</p> <p>2. 食後の運動指示あり</p> <p>3. 管理必要</p> <p>電話: 季節の変わりめは、運動(汗をかくこと)は控える 等</p> <p>食後1時間は動かない</p>	
<p>D 緊急時に備えた処方薬</p> <p>1. 内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬)</p> <p>2. アドレナリン自己注射薬(「エピペン®」)</p> <p>3. その他 ()</p>		<p>D 宿泊を伴う校外活動</p> <p>1. 管理不要 ※2, 3について具体的に指示事項をご記入ください。</p> <p>2. 食事やイベントの際に配慮が必要</p> <p>3. 管理必要</p> <p>生ものは要チェック そばがら枕は禁止 等</p>	
<p>E 原因食物を除去する場合には、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。</p> <p>鶏卵：卵殻カルシウム</p> <p>牛乳：乳糖・乳清・濃縮カルシウム</p> <p>小麦：澱粉・酢・味噌</p> <p>大豆：大豆油・醤油・味噌</p> <p>ゴマ：ゴマ油</p> <p>魚類：かつおだし・いりだし・魚醤</p> <p>肉類：エキス</p> <p>揚げ油：共用不可</p>		<p>E 原因食物を除去する場合には、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。</p> <p>医師名</p> <p>医療機関名</p>	
<p>F その他の配慮・管理事項(自由記述)</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 _____

保護者が記入する

給食における食物アレルギー対応 解除申請書

新潟市立

学校園長 様

____年 ____組 児童・生徒氏名 _____

本児童生徒は、学校生活管理指導表により除去していた

(食品名： _____) について、医師の指導のもと、これ

までに複数回摂取して症状が誘発されていませんので、給食における対応

の解除をお願いします。

____年 ____月 ____日

保護者署名 (児童生徒との続柄)

<p>受領者署名</p> <p>____年 ____月 ____日</p> <p>新潟市立 _____ 学校園長</p> <p style="text-align: right;">_____ 印</p>			
学校給食センター署名		民間センター署名	
所長	栄養教諭	責任者	栄養教諭

保護者 → 学校 (署名・押印) → センター等 (署名・コピー保管) → 学校 (原本保管) → 保護者 (コピー)

学校給食変更届

(宛先)

新潟市立_____学校園長

新潟市長

以下のとおり、学校給食の変更を届け出ます。

年・組		年 組
フリガナ 児童・生徒氏名		
生年月日		年 月 日
保護者	フリガナ 氏名	
	住所	〒
	連絡先	
届出理由		1 転入 (学校より) 2 転出 (学校へ) 転居後の住所 () 3 食物アレルギーのため (原因食物:) 4 疾病のため 医療機関名[] <small>* 3・4に該当の場合は、原則、医師の判断に基づくものとする</small> 5 その他 ()
給食の区分		1 食事も牛乳も提供 2 食事のみ提供 (牛乳を飲まない) 3 牛乳のみ飲む (食事は提供なし) 4 食事も牛乳も提供しない
変更 (希望) 年月日		年 月 日 から 年 月 日 まで
その他配慮する事項		

備考 ・適用は、受付後、6営業日以降になります。(変更を希望する6日前(土日祝等の学校休業日を除く)までに学校へ提出してください。)

・食物アレルギーや疾病により給食を変更する場合は、届出の提出前に必ず学校と相談して、対応を決定してください。

—学校使用欄—

学校内確認者		給食室・センター 確認(送付)日	システム 入力日
(校長)	(教 頭)	(担 当)	() ()

食物アレルギーや長期欠席（連続6食以上食べない）等により、給食の提供を希望しない（全部・牛乳を飲まない・牛乳のみ飲む）場合、学校へ「学校給食変更届」を提出してください。食物アレルギーや疾病により給食を変更する場合は、届出の提出前に必ず学校と相談して、対応を決定してください。

年4月1日

※用紙は、各学校で配布しているほか、新潟市ホームページからもダウンロード可

※進学や転校で所属学校が変わる場合は、改めて学校に提出してください。

- ・食事も牛乳も提供なし
- ・牛乳を飲まない
- ・牛乳のみ飲む



変更を希望する6日前（土日祝等の学校休業日を除く）までに学校へ提出してください。

例：4月1日（月）提出 → 4月9日（火）以降の日の変更が可能

学校給食変更届

（宛先）

新潟市立 _____ 学校園長

新潟市長

以下のとおり、学校給食の変更を届け出ます。

クラスが決定していない場合は、学年のみ記入してください。

年・組	3 年 1 組	
フリガナ 児童・生徒氏名	ニイガタ タロウ 新潟 太郎	
生年月日	2018 年 11 月 19 日	
保護者	フリガナ 氏名	ニイガタ ハナコ 新潟 花子
	住所	〒951-8554 新潟市中央区古町通7番町1010番地
	連絡先	025-226-3213
届出理由	1 転入 （ _____ 学校より） 2 転出 （ _____ 学校へ） 転居後の住所（ _____ ） 3 食物アレルギーのため（原因食物： 乳） 4 疾病のため 医療機関名[_____ 古町医院 _____] <small>* 3・4に該当の場合は、原則、医師の判断に基づくものとする</small> 5 その他 （ _____ ）	
給食の区分	1 食事も牛乳も提供 2 食事のみ提供（牛乳を飲まない） 3 牛乳のみ飲む（食事は提供なし） 4 食事も牛乳も提供しない	
変更（希望）年月日	R8 年 4 月 10 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで	
その他配慮する事項		

食物アレルギーのため、牛乳を飲まない場合の例です。

備考 ・適用は、受付後、6営業日以降になります。（変更届を出してください）

・食物アレルギーや疾病により給食を変更する場合

終了日が未定の場合、空欄で構いません。再度変更する際に、改めて届を提出してください。

外国への帰省など、一旦停止した後、再開日が決定している場合は予め記入してください。

保護者面談チェックリスト

〇〇〇〇 学校・園

面談年月日 年 月 日 記入者

児童・生徒氏名		年 組 氏名	男・女		
項目及び確認内容			確認	備考	
学校生活管理指導表（様式5）	食物アレルギー	あり・なしが記載されているか。			
	アナフィラキシー	あり・なしが記載されているか。			
	病型・治療	A 食物アレルギー病型に記載があるか。			
		B アナフィラキシー病型に記載があるか。			
		C 原因食物・診断根拠			
		① 原因食物に○と診断根拠の記載があるか。			
		② 食品群6～13：具体的な食品名の記載があるか。食品群3：大麦、その他の麦について確認する。			
		③ 全ての原因食物の診断根拠が書いてあるか。 →「①症状の既往」のみが根拠の場合、診断から2年以上経過している場合は、食べられるようになっているかを医師の指示のもと負荷試験等で確認するよう勧める。（特に鶏卵、牛乳、小麦、大豆）			
		④ 診断根拠となった既往・検査の年月を確認し、面談記録に記載する。（様式2「調査票」も確認する。）			
		D 緊急時に備えた処方薬			
	内服薬の有無の確認。 エピペン [®] 処方ありの場合は、使用経験の有無の確認。 エピペン [®] 使用経験ありの場合は、使用した時期の確認。				
	学校生活上の留意点	A 給食			
		B 食物・食材を扱う授業・活動			
		C 運動（体育・部活動等）			
		D 宿泊等を伴う校外活動			
		E 原因食物を除去する場合により難しい除去が必要なものの			
		F その他の配慮事項・管理事項（自由記載）			
		① 調味料等の使用範囲の確認			
		② コンタミネーションの確認			
		※A～Dで「1管理不要」以外に○が付いている場合や指示事項がある場合、取組プランに具体的な内容を記入する。			
緊急時の連絡先、記載日、医師名、医療機関名は漏れなく記入があるか。					
不備がある場合は、医師に追記をしていただくよう依頼する。					
同意欄の「1 同意する」に○及び署名はあるか確認する。 「2 同意しない」の場合は、同意していただくよう依頼する。					

学校給食におけるアレルギー対応について	① 給食室・給食センターでの対応について説明したか。 給食室・給食センターの現状を説明したか。				
	② 代替食は提供せず、原則、除去食対応であることを説明したか。 ※ R7年度に限り、代替食を提供する学校・施設は説明を加える。				
	③ 完全除去（多段階での対応をしない）を原則とすることを説明したか。				
	④ 1つの料理で1つの除去食となることを説明したか。				
	⑤ 家庭からの持参をお願いする場合もあることを説明したか。 （管理指導表「学校生活上の留意点」のE、Fに記載がある場合は、完全弁当になることを説明したか。）				
	⑥ 家庭から持参した料理の保冷・保温（必要な場合）は、家庭で行うことを説明したか。				
	⑦ 対応がある日は全ての料理のおかわりをさせない（最初に多めに盛り付ける）ことについて説明したか。				
	⑧ 初めて食べる食品が給食で使用される場合は、事前に家庭で食べてみて、症状が出ないことを確認してほしい旨をお願いしたか。				
	⑨ 除去が不要になった場合は、給食における食物アレルギー対応 解除申請書（様式6）の提出が必要であることを説明したか。				
	⑩ 飲用牛乳の除去について説明したか。（必要時）				
	⑪ 食物アレルギー対応献立表を毎月事前に確認することをお願いしたか。				
	⑫ 毎日、登校前に、家庭で今日の給食でのアレルギー対応について子どもと確認することをお願いしたか。 （園児の場合は連絡帳等で担任に伝えることをお願いする）				
	⑬ 給食当番はできるか。（食品に触れる、吸い込む可能性を考慮）				
	⑭ 安全管理のため、食物アレルギーを有することを学校内で共有することについてご理解いただいたか。				
	家庭・他	家庭における除去の程度一覧表（様式4）	学校生活管理指導表（様式5）と家庭における除去の程度一覧表（様式4）の整合性を確認したか		
		食物アレルギーに関する調査票（様式2）	学校生活管理指導表との整合性があるか確認したか。		
原因食物摂取後の症状について確認したか。 「その他、学校生活全般での要望事項」があるか。					
管理指導表提出後、新たにエピペン [®] が処方された場合は、追加記入を依頼し、再提出を依頼する。					

食物アレルギー対応保護者面談記録票

〇〇学校園

面談年月日 年 月 日 記入者

児童・生徒氏名	年 組 氏名	男・女
保護者氏名		
連絡先	住 所：	
	電話番号：	
	携帯電話： (氏名・続柄) (.)	
学校生活管理指導表の提出	あり なし	※どちらかに○印を付ける。
アレルギー対応が必要な食品の種類		
給食調理室での対応 (除去食等)		
家庭での対応		
教室での対応		
体育・部活動での対応		
かかりつけ医療機関と連絡先等	医療機関名：	
	電話番号：	
面談対応者	(学校関係者)	(給食センター・民間センター担当職員)
その他特記事項		

年 月 日

年 組 さん 保護者 様

新潟市立 学校園長

エピペン®所持者の緊急対応の情報提供について（お願い）

日頃より本校の教育活動にご理解とご協力をいただき、感謝申し上げます。

本校ではエピペン®（アドレナリン自己注射薬）を学校へ持参しているお子さんについて、学校生活をより安心して安全に送られ、また、適切に対応できるよう、学校と消防機関が連携をしています。

つきましては、お子さんがアナフィラキシーを発症した場合において、迅速な緊急搬送を行うため、年に一回事前に以下の情報を消防機関へ提供させていただくことに同意いただき、下記の必要事項について記入し、学校園へ提出をお願いします。

記

新潟市立 学校園長 様

年 組 氏名

エピペン®所持者の緊急対応の情報提供について（同意書）

1 エピペン®を処方した医療機関名

2 主治医 氏名

3 救急搬送を希望する医療機関名

(*緊急性を要するため、症状によっては救急隊の判断で上記の医療機関に搬送しない場合もありますのでご了承願います。)

緊急時の対応に活用するため、上記の内容について消防機関へ伝えることに同意します。

年 月 日

保護者氏名

食物アレルギー 継続管理表

学 年	年 少	年 中	年 長	小 1	小 2	小 3	小 4	小 5	小 6	中 1	中 2	中 3	高 1	高 2	高 3
組															

氏名		生年月日	年 月 日
----	--	------	-------

- この確認表は、毎年度記入をお願いします。
- 個別対応計画も一緒にお渡ししますので、確認していただき、該当番号に○印を付け、必要事項を記入し保護者確認欄に署名又は押印の上、学校へ提出してください。
- 年1回は医療機関を受診し、学校生活管理指導表の提出をお願いします。
- この食物アレルギー継続管理表は、進級や進学時でも使用しますので随時、返却をお願いいたします。
- 年度途中でも、変更がありましたらご連絡ください。
- なお、必要に応じて面談をさせていただくことがありますのでご了承願います。

確認年月日	確認事項	保護者確認 (署名又は印)
初回	1 学校給食及び学校生活（宿泊行事や飲食を伴う行事等も含む。）での対応を希望します。	
年	2 確認事項	
月	3 個別対応計画を確認しました。	
日	4 エピペン® 本、使用有効期限 年 月 末	
次年度以降	エピペン®が処方されている場合は使用有効期限をご記入ください	
年月日	1 対応希望の変更 なし あり ()	
	2 確認事項の変更 なし あり ()	
	3 個別対応計画を確認しました。	
	4 エピペン® 本、使用有効期限 年 月 末	
年月日	1 対応希望の変更 なし あり ()	
	2 確認事項の変更 なし あり ()	
	3 個別対応計画を確認しました。	
	4 エピペン® 本、使用有効期限 年 月 末	
年月日	1 対応希望の変更 なし あり ()	
	2 確認事項の変更 なし あり ()	
	3 個別対応計画を確認しました。	
	4 エピペン® 本、使用有効期限 年 月 末	
年月日	1 対応希望の変更 なし あり ()	
	2 確認事項の変更 なし あり ()	
	3 個別対応計画を確認しました。	
	4 エピペン® 本、使用有効期限 年 月 末	
年月日	1 対応希望の変更 なし あり ()	
	2 確認事項の変更 なし あり ()	
	3 個別対応計画を確認しました。	
	4 エピペン® 本、使用有効期限 年 月 末	

【 年度 食物アレルギー 個別対応計画】

年 組	氏名	年 月 日生
-----	----	--------

1 診断名 食物アレルギー(即時型・運動誘発型)・アナフィラキシー・喘息・アトピー性皮膚炎

エピペン[®] (有 ・ 無) 保管場所 ()
 内服薬 (持参) 保管場所 ()

2 原因食物 ()

3 症状

--

4 給食での対応

調理除去(除去食対応) 教室除去(一部弁当持参) 給食は食べない(完全弁当持参)
 その他 ()

5 学校生活での配慮事項

教育活動	確認項目	具体的配慮と対応
給食	給食の対応の選択について	
	除去する食品や内容について	
食物・食材を扱う活動・授業	微量の摂取・接触による発症防止について	
運動 (体育・部活動など)	運動誘発アナフィラキシー	
	食物依存性運動誘発アナフィラキシー	
宿泊等を伴う校外活動	食事について	
	寝具について	
	その他	
その他	清掃時	

年	組	氏名
---	---	----

6 緊急時計画及び経過記録票

- (1) 誤食・症状がみられたら、その場を動かず、離れず、応援職員を呼び、経過観察
- (2) 何をどれくらい食べたか、把握する ()
- (3) 初期対応 ◇安静 (足を高くして寝かせる) ◇うがい ◇手洗い ◇洗顔 ◇洗眼

全身の 症状	<input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 意識もうろう <input type="checkbox"/> 尿や便を漏らす <input type="checkbox"/> 脈が触れにくいまたは不規則 <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い		
呼吸器 の症状	<input type="checkbox"/> のどや胸が締め付けられる <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 犬が吠えるような咳 <input type="checkbox"/> 息がしにくい <input type="checkbox"/> 持続する強い咳き込み <input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸	<input type="checkbox"/> 数回の軽い咳	<input type="checkbox"/> 単発的な咳 <input type="checkbox"/> くしゃみ
消化器 の症状	<input type="checkbox"/> 持続する強い (がまんできない) お腹の痛み <input type="checkbox"/> 繰り返し吐き続ける	<input type="checkbox"/> 中等度のお腹の痛み <input type="checkbox"/> 1~2回の嘔吐 <input type="checkbox"/> 1~2回の下痢	<input type="checkbox"/> 軽いお腹の痛み (がまんできる) <input type="checkbox"/> 吐き気
目・口・ 鼻・顔面 の症状	上記の症状が		<input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ <input type="checkbox"/> まぶたの腫れ
皮膚の 症状	1つでもあてはまる場合		<input type="checkbox"/> 目のかゆみ、充血 <input type="checkbox"/> 口の中の違和感、唇の腫れ <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、鼻づまり
	1つでもあてはまる場合		<input type="checkbox"/> 強いかゆみ <input type="checkbox"/> 全身に広がる蕁麻疹 10 個以上 <input type="checkbox"/> 全身が真っ赤
	1つでもあてはまる場合		<input type="checkbox"/> 軽度のかゆみ <input type="checkbox"/> 数個の蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 部分的に赤い斑点

- ① ただちにエピペン®を使用する
 - ② 救急車を要請する
 - ③ その場で安静を保つ
(立たせたり、歩かせたりしない)
 - ④ その場で救急車を待つ
 - ⑤ 可能なら内服薬を飲ませる
 - ⑥ 心肺蘇生・AED準備
- ただちに救急車で医療機関へ搬送**

- ① 内服薬を飲ませ、エピペン® 準備
- ② 速やかに医療機関を受診する
(救急車要請も考慮)
- ③ 医療機関到達まで経過観察。左記の症状1つでエピペン®使用
速やかに医療機関を受診

- ① 内服薬を飲ませる
- ② 少なくとも 1 時間は5分ごとに経過観察し、症状の改善が見られないときは医療機関を受診する
(救急車要請も考慮)
安静にし、注意深く観察

緊急

受診

注意

留意点

救急搬送医療機関 主治医 医師 TEL

119 救急車をお願いします。
 住所は新潟市 ○○ 区 ○○○○○。新潟市立 ○○○ 学校です。
 ○才男子が食物アレルギーの症状を起こしています。
 エピペン®を携帯しています。(使用の有無)○○病院に連絡しています。
 折り返しの連絡先は「氏名 電話番号」です。

緊急連絡先	電話番号	備考
自宅		
(保護者携帯①) 続柄 ()		勤務先等
(保護者携帯②) 続柄 ()		勤務先等

※様式は学校実情に応じて追加・修正・簡素化をしてよい

様式13-表 記入例

【記入例】 ○○年度【食物アレルギー 個別対応計画】

○ 年 ○ 組	氏名 ○○ ○○	○○年○○月○○日生
---------	----------	------------

1 診断名 食物アレルギー (即時型・運動誘発型・アナフィラキシー・喘息・アトピー性皮膚炎)
 エピペン® (有 ・ 無) 保管場所 (ランドセル内のポケットの中)
 内服薬 (○○○持参) 保管場所 (同上)

2 原因食物 (牛乳 卵 そば)

3 症状

牛乳 → アナフィラキシーショック 卵 → じんましん そば → 口の中の違和感、せき

4 給食での対応

<u>調理除去 (除去食対応)</u>	<u>教室除去 (一部弁当持参)</u>	給食は食べない (完全弁当持参)
---------------------	----------------------	------------------

5 学校生活での配慮事項

教育活動	確認項目	具体的配慮と対応
給食	給食の選択について	・除去食提供と一部弁当持参
	除去する食品や内容について	・牛乳・乳製品は家庭より弁当を持参 ・卵は除去食提供
食物・食材を扱う活動・授業	微量の摂取・接触による発症防止について	・乳製品の接触も不可のため、乳製品を扱う調理実習では調理をしない。牛乳パックも触れない。
運動 (体育・部活動など)	運動誘発アナフィラキシー	・なし
	食物依存性運動誘発アナフィラキシー	・あり 食後の運動禁止 5限体育不可
宿泊を伴う校外活動	食事について	・食事提供先と十分な検討が必要
	寝具について	・そばがらの枕は禁止
	その他	・キャンプファイヤーでの煙に注意
その他	清掃時	・マスク使用 (埃に注意)

○ 年 ○ 組 氏名 ○○ ○○

様式13-裏 記入例

6 緊急時計画及び経過記録票

- (1) 誤食・症状がみられたら、その場を動かさず、離れず、応援職員を呼び、経過観察
- (2) 何をどれくらい食べたか、把握する ()
- (3) 初期対応 ◇安静 (足を高くして寝かせる) ◇うがい ◇手洗い ◇洗顔 ◇洗眼

全身の症状	<input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 意識もうろう <input type="checkbox"/> 尿や便を漏らす <input type="checkbox"/> 脈がゆわたりにくいまたは不規則 <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い		
呼吸器の症状	<input type="checkbox"/> のどや胸が締め付けられる <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 犬が吠えるような咳 <input type="checkbox"/> 息がしにくい <input type="checkbox"/> 持続する強い咳き込み <input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸	<input type="checkbox"/> 数回の軽い咳	<input type="checkbox"/> 単発的な咳 <input type="checkbox"/> くしゃみ
消化器の症状	<input type="checkbox"/> 持続する強い (がまんできない) お腹の傷み <input type="checkbox"/> 繰り返し吐き続ける	<input type="checkbox"/> 中等度のお腹の傷み <input type="checkbox"/> 1~2回の嘔吐 <input type="checkbox"/> 1~2回の下痢	<input type="checkbox"/> 軽いお腹の傷み (がまんできる) <input type="checkbox"/> 吐き気
目・口・鼻・顔面の症状	上記の症状が 1つでもあてはまる場合	<input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ <input type="checkbox"/> まぶたの腫れ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ、充血 <input type="checkbox"/> 口の中の違和感、唇の腫れ <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、鼻づまり
皮膚の症状		<input type="checkbox"/> 強いかゆみ <input type="checkbox"/> 全身に広がる蕁麻疹10個以上 <input type="checkbox"/> 全身が真っ赤	<input type="checkbox"/> 軽度のかゆみ <input type="checkbox"/> 数個の蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 部分的に赤い斑点

	1つでもあてはまる場合	1つでもあてはまる場合
① ただちにエピペン®を使用する ② 救急車を要請する ③ その場で安静を保つ (立たせたり、歩かせたりしない) ④ その場で救急車を待つ ⑤ 可能なら内服薬を飲ませる ⑥ 心肺蘇生・AED準備 ただちに救急車で医療機関へ搬送	① 内服薬を飲ませ、エピペン®準備 ② 速やかに医療機関を受診する。(救急車要請も考慮) ③ 医療機関到着まで経過観察、左記の症状1つでエピペン®使用 速やかに医療機関を受診	① 内服薬を飲ませる。 ② 少なくとも1時間は5分ごとに経過観察、症状の改善がみられないときは医療機関を受診する。(救急車要請も考慮) 安静にし、注意深く観察

緊急

受診

注意

留意点 乳製品の誤食ではアナフィラキシーショックを起こす可能性が高い。
迷わずにエピペン®を注射し、救急搬送する。

救急搬送先医療機関 ○○病院 主治医 ○○ ○○ 医師 TEL 025-○○○-○○○○

119 救急車をお願いします。
住所は新潟市 ○○区○○○○町です。新潟市立 ○○○ 学校です。
○才男子が食物アレルギーの症状を起こしています。
エピペン®を携帯しています。(使用の有無) ○○病院に連絡しています。
折り返しの連絡先は「氏名 電話番号」です。

緊急連絡先	電話番号	備考
自宅	025-○○○-○○○○	
(保護者携帯①) 続柄 (父)	090-○○○○-○○○○	勤務先○○ TEL○○○-○○○○
(保護者携帯②) 続柄 (母)	090-○○○○-○○○○	勤務先○○ TEL○○○-○○○○

年度 食物アレルギーを有する児童生徒一覧表

※ 給食対応が必要でない児童生徒も合わせて集約する

学校園名 ()

年 月 日現在

	年	組	児童生徒名	原因食物	給食対応の有無	対応の概要
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

＜宿泊行事等における食物アレルギー対応者一覧表＞

新潟市立

学校

月 日 月 日 宿泊先 ○○

クラス	性別	名前	食物アレルギー		除去食の希望	備考
			該当食材	度合		
				<input type="checkbox"/> 生が不可 <input type="checkbox"/> 加熱しても不可 <input type="checkbox"/> エキスなど成分が不可 <input type="checkbox"/> 食材として含まれたら不可 <input type="checkbox"/> 加工品も不可	<input type="checkbox"/> 除去食を希望する <input type="checkbox"/> 除去食を希望しない	
				<input type="checkbox"/> 生が不可 <input type="checkbox"/> 加熱しても不可 <input type="checkbox"/> エキスなど成分が不可 <input type="checkbox"/> 食材として含まれたら不可 <input type="checkbox"/> 加工品も不可	<input type="checkbox"/> 除去食を希望する <input type="checkbox"/> 除去食を希望しない	
				<input type="checkbox"/> 生が不可 <input type="checkbox"/> 加熱しても不可 <input type="checkbox"/> エキスなど成分が不可 <input type="checkbox"/> 食材として含まれたら不可 <input type="checkbox"/> 加工品も不可	<input type="checkbox"/> 除去食を希望する <input type="checkbox"/> 除去食を希望しない	
				<input type="checkbox"/> 生が不可 <input type="checkbox"/> 加熱しても不可 <input type="checkbox"/> エキスなど成分が不可 <input type="checkbox"/> 食材として含まれたら不可 <input type="checkbox"/> 加工品も不可	<input type="checkbox"/> 除去食を希望する <input type="checkbox"/> 除去食を希望しない	
				<input type="checkbox"/> 生が不可 <input type="checkbox"/> 加熱しても不可 <input type="checkbox"/> エキスなど成分が不可 <input type="checkbox"/> 食材として含まれたら不可 <input type="checkbox"/> 加工品も不可	<input type="checkbox"/> 除去食を希望する <input type="checkbox"/> 除去食を希望しない	
				<input type="checkbox"/> 生が不可 <input type="checkbox"/> 加熱しても不可 <input type="checkbox"/> エキスなど成分が不可 <input type="checkbox"/> 食材として含まれたら不可 <input type="checkbox"/> 加工品も不可	<input type="checkbox"/> 除去食を希望する <input type="checkbox"/> 除去食を希望しない	
				<input type="checkbox"/> 生が不可 <input type="checkbox"/> 加熱しても不可 <input type="checkbox"/> エキスなど成分が不可 <input type="checkbox"/> 食材として含まれたら不可 <input type="checkbox"/> 加工品も不可	<input type="checkbox"/> 除去食を希望する <input type="checkbox"/> 除去食を希望しない	
				<input type="checkbox"/> 生が不可 <input type="checkbox"/> 加熱しても不可 <input type="checkbox"/> エキスなど成分が不可 <input type="checkbox"/> 食材として含まれたら不可 <input type="checkbox"/> 加工品も不可	<input type="checkbox"/> 除去食を希望する <input type="checkbox"/> 除去食を希望しない	

食物アレルギー経過記録票

記載者名()

年 組 児童生徒氏名 男・女 体重 k g 年 月現在
 食べたもの()量()場所()
 処置 口の中のものを取り除く 口をすすぐ 手を洗う 目や顔を洗う
 観察を開始した時刻(時 分)
 内服・エピペン®ある場合 → 内服した時刻(時 分) エピペン®使用時刻(時 分)
 保護者への連絡時刻(時 分) 内容()
 救急車を要請した時刻(時 分) 救急車到着時刻(時 分)

↓ にチェックを入れる際に時刻を脇に記入していくこと

全身の
症状

- ぐったり
- 意識もうろう
- 尿や便を漏らす
- 脈が触れにくいまたは不規則
- 唇や爪が青白い

呼吸器
の症状

- のどや胸が締め付けられる
- 声がかすれる
- 犬が吠えるような咳
- 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

単発的な咳
 くしゃみ

消化器
の症状

- 持続する強い(がまんできない)お腹の痛み
- 繰り返して吐き続ける

中等度のお腹の痛み
 1~2回の嘔吐
 1~2回の下痢

軽いお腹の痛み(がまんできる)
 吐き気

目・口・
鼻・顔面の
症状

**上記の症状が
1つでもあてはまる場合**

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

皮膚の
症状

強いかゆみ
 全身に広がる蕁麻疹 10 個以上
 全身が真っ赤

軽度のかゆみ
 数個の蕁麻疹
 部分的に赤い斑点

1つでもあてはまる場合

1つでもあてはまる場合

- ① ただちにエピペン®を使用する
- ② 救急車を要請する
- ③ その場で安静を保つ
(立たせたり、歩かせたりしない)
- ④ その場で救急車を待つ
- ⑤ 可能な内服薬を飲ませる
- ⑥ 心肺蘇生・AED 使用

ただちに救急車で医療機関へ搬送

- ① 内服薬を飲ませ、エピペン®準備
- ② 速やかに医療機関を受診する
(救急車要請も考慮)
- ③ 医療機関到達まで経過観察
※左記の症状1つでエピペン®使用

速やかに医療機関へ搬送

- ① 内服薬を飲ませる。
- ② 少なくとも1時間は5分毎に経過を観察。症状の改善が見られない場合は医療機関を受診する。

注意深く経過観察する
進行していくようであれば、
医療機関へ搬送

食物アレルギー経過記録票(記入例)

記載者名(○○ ○○)

○年 ○組 児童生徒氏名 ○○ ○○ (男)・女 体重 28kg (○○年 月現在)
 食べたもの (ミートソース(粉チーズ)) 量 (3口 (粉チーズ微量)) 場所 (○年○組 教室)
 処置 口の中の物を取り除く 口をすすぐ 手を洗う 目や顔を洗う
 観察を開始した時刻 (13時 25分) エピペン処方なし
 内服・エピペン®ある場合 → 内服した時刻 (13時 33分) エピペン®使用時刻 (時 分)
 保護者への連絡時刻 (13時 30分) 内容 (症状・服薬の確認 リンデロンシロップ服用 13:33)
 救急車を要請した時刻 (13時40分) 救急車到着時刻 (13時48分)

↓ □にチェックを入れる際に時刻を脇に記入していくこと

全身の 症状	<input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 意識もうろう <input type="checkbox"/> 尿や便を漏らす <input type="checkbox"/> 脈が触れにくいまたは不規則 <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い		
呼吸器 の症状	<input type="checkbox"/> のどや胸が締め付けられる <input checked="" type="checkbox"/> 声がかすれる 13:40 <input checked="" type="checkbox"/> くしゃみ 13:40 <input checked="" type="checkbox"/> 犬が吠えるような咳 13:40 <input type="checkbox"/> くしゃみ	<input checked="" type="checkbox"/> 数回の軽い咳 13:35	<input checked="" type="checkbox"/> 単発的な咳 13:30 <input type="checkbox"/> くしゃみ
消化器 の症状	<input type="checkbox"/> 持続する強い (がまんできない) お腹の痛み <input type="checkbox"/> 繰り返し吐き続ける	<input type="checkbox"/> 中等度のお腹の痛み <input type="checkbox"/> 1～2回の嘔吐 <input type="checkbox"/> 1～2回の下痢	<input type="checkbox"/> 軽いお腹の痛み (がまんできる) <input type="checkbox"/> 吐き気
目・口・ 鼻・顔面 の症状	上記の症状が	<input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ <input checked="" type="checkbox"/> まぶたの腫れ 13:40	<input checked="" type="checkbox"/> 目のかゆみ, 充血 13:30 <input type="checkbox"/> 口の中の違和感, 唇の腫れ <input checked="" type="checkbox"/> くしゃみ, (鼻水) 鼻づまり
皮膚の 症状	1つでもあてはまる場合	<input type="checkbox"/> 強いかゆみ <input type="checkbox"/> 全身に広がる蕁麻疹10個以上 <input type="checkbox"/> 全身が真っ赤	<input checked="" type="checkbox"/> 軽度のかゆみ 13:30 <input checked="" type="checkbox"/> 数個の蕁麻疹 13:30 <input type="checkbox"/> 部分的に赤い斑点

1つでもあてはまる場合

1つでもあてはまる場合

- | | | |
|--|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> ① ただちにエピペン®を使用する 13:30 ② 救急車を要請する ③ その場で安静を保つ (立たせたり, 歩かせたりしない) ④ その場で救急車を待つ ⑤ 可能なら内服薬を飲ませる ⑥ 心肺蘇生・ADE 準備
ただちに救急車で医療機関へ搬送 | <ol style="list-style-type: none"> ① 内服薬を飲ませ, エピペン®準備 13:30 ② 速やかに医療機関を受診する。(救急車要請も考慮) ③ 医療機関到着まで経過観察
※左記の症状1つでエピペン®使用
速やかに医療機関へ搬送 | <ol style="list-style-type: none"> ① 内服薬を飲ませる。13:30 ② 少なくとも1時間は5分毎に経過を観察。症状の改善が見られない場合は医療機関を受診を受診する。
注意深く経過観察
進行していくようであれば、
医療機関へ搬送 |
|--|---|---|

【報告の手順】

- ①まず電話で保健給食課（給食係）に1～9について口頭で連絡する。
（救急車を要請した場合は学校支援課にも電話で連絡する。様式の提出は不要。）
- ②様式18をC4th回答機能で保健給食課に提出する。
（事故当日は1～9までを記載して提出。翌日以降は10～13までを追記して提出。）

学校 第 号
年 月 日

新潟市教育委員会 様

新潟市 学校・園長

食物アレルギーにかかる誤配・誤食、初発対応等について（事故報告）

1 発生日時	年 月 日（ 曜日）午前・午後 時 分
2 発生場所	
3 児童生徒情報	<p style="text-align: center;">ふりがな</p> <p>年 組 氏名：</p> <p>管理指導表 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>初発</p> <p>内服薬持参 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 薬品名（ ）</p> <p>エピペン®持参 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 アナフィラキシー既往 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</p> <p>原因食物：</p>
4 原因となった料理	
5 事故の概要	
6 原因となった場面	<input type="checkbox"/> 献立表の確認漏れ <input type="checkbox"/> 調理～配送時 <input type="checkbox"/> 教室等での配膳時 <input type="checkbox"/> 初発 <input type="checkbox"/> その他（ ）
7 対応	<p>服薬 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有（ : ）薬品名（ ）</p> <p>エピペン®投与 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有（ : ）</p> <p>救急搬送 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有（ : ）</p>
8 当日受診	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 医療機関名（ ）同行者（ ） <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 日数（ 日）
9 状況（時系列） ※症状、保護者 対応を含む	<p>（ : ）</p> <p>（ : ）</p> <p>（ : ）</p> <p>（ : ）</p> <p>（ : ）</p> <p>（ : ）</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> 事故当日の報告は 10以降は不要 </div>	

	(:)		
10 事故の分析	下記の当てはまるところに○印をつける		
	調理室	正確な食物アレルギー献立表を作成	した・しなかった
		赤い食器や対応カードを活用	した・しなかった
	教室等	配膳の直前に、食物アレルギー対応献立表を確認	した・しなかった
		最初に配膳	した・しなかった
		原因食物が出る日はおかわりしない	した・しなかった
		いただきますの直前に、食物アレルギー対応献立表を確認	した・しなかった
上記についてしなかった（できなかった）理由			
11 再発防止策	<input type="checkbox"/> 今回の事故について、アレルギー対応委員会で対応した（原因究明、危機管理体制の検証、防止策の協議・決定・周知） <input type="checkbox"/> 全教職員に周知徹底をした（ 年 月 日 にて） <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 今回の事故に関する情報共有 <input type="checkbox"/> マニュアルや校内取組プランの再確認 <input type="checkbox"/> 緊急時の対応の再確認 <input type="checkbox"/> 本児童生徒を含めた、食物アレルギーを有する児童生徒の対応の再確認 <input type="checkbox"/> 事故の分析と再発防止策の共有 <input type="checkbox"/> その他（		
12 翌日の状況	登校 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
13 備考	上記の他、事故にかかわる必要なことを記入する		

【報告の手順】

- ①まず電話で保健給食課（給食係）に1～9について口頭で連絡する。
 （救急車を要請した場合は学校支援課にも電話で連絡する。様式の提出は不要。）
- ②様式18をC4th 回答機能で保健給食課に提出する。
 （事故当日は1～9までを記載して提出。翌日以降は10～13までを追記して提出。）

様式18

学校 第 号
 年 月 日

新潟市教育委員会 様

新潟市 学校・園長

食物アレルギーにかかる誤配・誤食、初発対応等について（事故報告）

1 発生日時	○年 ○月 ○日（○曜日）午前・午後 ○時 ○分
2 発生場所	○年○組教室
3 児童生徒情報	<p style="text-align: center;"><small>ふりがな</small></p> <p>○年 ○組 氏名：○○ ○○</p> <p>管理指導表 <input type="checkbox"/>無 <input checked="" type="checkbox"/>有</p> <p>内服薬持参 <input type="checkbox"/>無 <input checked="" type="checkbox"/>有 薬品名（ アレジオン ）</p> <p>エピペン®持参 <input checked="" type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 アナフィラキシー既往 <input checked="" type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</p> <p>原因食物：乳、卵、えび、いか</p>
4 原因となった料理	鮭チーズフライ
5 事故の概要	鮭チーズフライに代わるものを家庭から持ってきていたが、誤って給食の鮭チーズフライを食べてしまった。
6 原因となった場面	<input type="checkbox"/> 献立表の確認漏れ <input type="checkbox"/> 調理～配送時 <input checked="" type="checkbox"/> 教室等での配膳時 <input type="checkbox"/> 初発 <input type="checkbox"/> その他（ ）
7 対応	<p>服薬 <input type="checkbox"/>無 <input checked="" type="checkbox"/>有（13:15）薬品名（ アレジオン ）</p> <p>エピペン®投与 <input checked="" type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有（ : ）</p> <p>救急搬送 <input checked="" type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有（ : ）</p>
8 当日受診	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 医療機関名（ ○○医院 ）同行者（ 母 ） 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 日数（ 日）
9 状況（時系列） ※症状、保護者対応を含む	<p>（12:50）いただきますの後、赤い食器が余っていることに学級担任が気づき、誤食が発覚した。</p> <p>（12:52）学級担任が、当該児童を速やかに保健室に連れて行く。</p> <p>（12:55）養護教諭はうがいと口の周りを洗わせ、安静に様子を見るとともに、経過観察の記録を開始した。</p> <p>（12:58）学級担任は管理職に報告後、保護者に電話で事故について伝え、迎えに来てもらうよう依頼した。</p> <p>（13:00）管理職が保健室へ。当該児童が口腔内のかゆみを訴えたため、持参していた内服薬を服用させた。</p> <p>（13:30）母親が来校したが、その間に症状は消失した。</p> <p>（13:35）校長が母親に謝罪し概要を説明した。教頭、学級担任、栄養教諭がそれぞれ状況説明を行い、再発防止策を提示した。養護教諭が経過観察の結果を</p>

事故当日の報告は
 10以降は不要

	報告するとともに、受診と経過観察を依頼した。	
10 事故の分析	下記の当てはまるところに○印をつける	
	調理室	正確な食物アレルギー献立表を作成 <input checked="" type="checkbox"/> した・ <input type="checkbox"/> しなかった
		赤い食器や対応カードを活用 <input checked="" type="checkbox"/> した・ <input type="checkbox"/> しなかった
	教室等	配膳の直前に、食物アレルギー対応献立表を確認 <input type="checkbox"/> した・ <input checked="" type="checkbox"/> しなかった
		最初に配膳 <input checked="" type="checkbox"/> した・ <input type="checkbox"/> しなかった
		原因食物が出る日はおかわりしない <input checked="" type="checkbox"/> した・ <input type="checkbox"/> しなかった
		いただきますの直前に、食物アレルギー対応献立表を確認 <input type="checkbox"/> した・ <input checked="" type="checkbox"/> しなかった
上記についてしなかった（できなかった）理由		
学級担任は、朝の時点では当該児童が鮭チーズフライの代替りのものを持ってきていることを確認していた。しかし、直前の食物アレルギー対応献立表の確認は、けがをした他児童の対応に追われ、行わなかった。配膳は当該児童を最初にさせ、配膳の様子を確認していたが、フライにチーズが入っていることが外見からはわからず、見過ごしてしまった。		
11 再発防止策	<input checked="" type="checkbox"/> 今回の事故について、アレルギー対応委員会で対応した（原因究明、危機管理体制の検証、防止策の協議・決定・周知） <input checked="" type="checkbox"/> 全教職員に周知徹底をした（○年○月○日臨時職員会議にて） <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 今回の事故に関する情報共有 <input checked="" type="checkbox"/> マニュアルや校内取組プランの再確認 <input checked="" type="checkbox"/> 緊急時の対応の再確認 <input checked="" type="checkbox"/> 本児童生徒を含めた、食物アレルギーを有する児童生徒の対応の再確認 <input checked="" type="checkbox"/> 事故の分析と再発防止策の共有 <input checked="" type="checkbox"/> その他（級外職員と複数で、配膳前の確認を行う）	
12 翌日の状況	登校 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	
13 備考	上記の他、事故にかかわる必要なことを記入する	

保健給食課長 様

年 月 日

エピペン®を学校へ持参している児童生徒について（報告）

学校園長

下記のとおり報告します。

記

1 エピペン®を学校に持参している児童生徒の在籍について（番号に○印）

- ① 在籍している ②在籍していない

2 エピペン®を学校に持参している児童生徒の状況について

	内 容	No.1	No.2
1	新規・継続の別（○印）	新規 ・ 継続	新規 ・ 継続
2	学年・組	年 組	年 組
3	性別（○印）	男 ・ 女	男 ・ 女
4	氏名（ふりがな）	()	()
5	学校への持参開始時期	年生 月から	年生 月から
6	エピペン®の有効期限	年 月 末日	年 月 末日
7	アレルギー原因食物		
8	使用の有無	無・有（ ころ）	無・有（ ころ）
9	処方した医療機関		
10	主治医名		
11	搬送を希望する医療機関		
12	学校でのエピペン®保管場所		
13	入学前の学校名 * 中学（高校）1年生のみ		

* 該当者が3名以上在籍する場合は、この用紙をコピーしてお使いください。

3 今年度の「食物アレルギー対応職員研修」の実施について

- (1) () 年 () 月に実施済み（講師：)
- (2) () 年 () 月に実施予定（講師：)
- (3) 実施の予定なし
(理由)

4 学校給食で食物制限がある児童生徒数 _____ 名

5 食物アレルギー対応学校生活管理指導表がある児童生徒数 _____ 名

保健給食課長 様

年 月 日

エピペン®を学校へ持参している児童生徒について（報告）

学番 _____ 学校名 _____

このことについて下記のとおり変更がありましたので報告します。

記

児童生徒の状況について

	内 容	No1	No2
1	学年・組	年 組	年 組
2	性別（○印）	男 ・ 女	男 ・ 女
3	氏名（ふりがな）	（ ）	（ ）
4	学校への持参開始時期	年生 月から	年生 月から
5	エピペン®の有効期限	年 月 日	年 月 日
6	アレルギー物質		
7	使用の有無	無・有（ ころ）	無・有（ ころ）
8	処方した医療機関		
9	主治医名		
10	搬送を希望する医療機関		
11	学校でのエピペン®保管場所		
12	追加・削除理由	1 新規 2 転入（ 年 月） 転入前学校名（ ） 3 転出（ 年 月） 転出先学校名（ ） 4 その他（ ）	1 新規 2 転入（ 年 月） 転入前学校名（ ） 3 転出（ 年 月） 転出先学校名（ ） その他（ ）

* 転出の時は、4～11記入不要

〈参考例〉

○年 ○月 ○日

○年○組 ○○ ○○ さん
保護者 様

新潟市立○○○ 学校
校長 ○○ ○○

来年度の食物アレルギー対応について（お願い）

日頃から、学校給食を含む学校教育活動にご理解ご協力をいただきまして、ありがとうございます。

学校給食での円滑なアレルギー対応の実施にあたり、毎年、お子様の食物アレルギー対応の確認をお願いしています。

つきましては、該当する下記の書類の確認と提出をお願いいたします。

記

1 確認書類

(1) 学校生活管理指導表〈様式5〉

＊ 年1回、医療機関を受診し、確認をお願いします。

(2) 食物アレルギー継続管理表〈様式12〉

(3) 食物アレルギー個別対応計画〈様式13〉

【学校での対応に変更がある場合】

(4) 学校給食における食物アレルギー対応解除申請書〈様式6〉

(5) 学校給食変更届〈様式7〉

2 その他

(1) ○月○日（○）までに学級担任を通して提出をお願いします。

(2) ご不明な点などありましたら、下記担当へお知らせくださいますようお願いいたします。

<担当>

○○○学校

○○○○

TEL○○○-○○○○

貸出期間は、4日間以内を原則とします。(土日祝日は除く)

アレルギー研修セット 予約の手順



2次元コードを読み取る



アレルギー研修セットを予約する日をタッチする



1:00～8:00が表示されるので、どれかをタッチする
 ※1:00～8:00はアレルギー研修セットのNoを表しています
 ※予約する全ての日が、同じNoとなるようにしてください
 ※予約時間ではないため、予約した日であれば開庁時間であればどの時間に取りに来ても構いません



名前・メールアドレス・学校を入力して「予約」をタッチする



アレルギー研修セットを「取りに行く日」から「返す日」までSTEP2から繰り返す
 例)取りに行く日:1/23 返す日:1/28
 23、24、27、28を予約する(土日の予約は不要)

- 【セット内容】
- ・エピソードレーナー5本
 - ・エピソードガイドブック 2024年 VIATRIS

保護者 様

新潟市立〇〇学校・園長

学校生活管理指導表について（お願い）

本校では、アレルギーを有するお子さんが、学校生活（給食やそれ以外での教育活動も含む）において安心・安全に過ごしていただくため、対応については、保護者と話し合いながら進めていきたいと考えております。

つきましては、医師の診断に基づいたお子さんのアレルギーに係る情報を把握する必要がありますので、学校生活管理指導表について、下記事項に留意いただき、主治医及び保護者がそれぞれ記入した上で、ご提出くださいますようお願いいたします。

なお、必要に応じて詳細な情報などについて確認させていただくことがありますのでご了承ください。

記

- 1 学校生活管理指導表は、年 1 回は、主治医から記入してもらってください。
- 2 食物アレルギー・アナフィラキシー、気管支ぜん息がある場合、保護者の緊急連絡先を記入してください。
- 3 緊急時の対応のため、「学校生活管理指導表」に記載されている情報を学校職員全員で共有する必要があります。ご異論なければ、同意への署名をお願いします。
- 4 主治医から記入を受ける際、別紙「学校生活管理指導表の記入について（お願い）」をお渡ししてください。
- 5 学校生活上の A～E の留意点の欄で、医師が「管理不要」以外にチェックをした項目については、それぞれ具体的な指示事項を医師から記入してもらってください。

【例】

- ・微量でも摂取不可
- ・小麦に触れることは禁止
- ・調味料に含まれている場合も不可
- ・ぜんそくなどアレルギー症状がある場合は、運動は控える

*なお、Eに○がつく場合や、アレルゲンが多品目にわたる場合は、給食対応が困難になる場合があります。

年 月 日

医療機関 様

新潟市立〇〇学校・園長

学校生活管理指導表の記入について（お願い）

日頃、学校教育活動にご協力いただき、誠にありがとうございます。

アレルギーを有するお子さんの学校生活管理指導表の記入の際は、下記及び別添記入例に留意していただきますようお願いいたします。

【学校生活管理指導表の記入について】

（これらについては、新潟市医師会にも確認していただいております。）

- (1) 食物アレルギー・アナフィラキシーが「あり」の場合には、下位項目についてもそれぞれ記入してください。
- (2) 病型・治療欄は、当該疾患の原因、症状、服用中の薬など「現在の状況」を記入してください。
- (3) 「現在の状況」「今後1年間を通じて予測される状況」を記入してください。
（*本表は大きな変化がない場合、1年間を通じて使用します。）
- (4) 学校生活上の留意点A～Eの欄で「管理不要」以外にチェックをした項目について、具体的に指示事項を記入してください。（*その指示事項に基づいて保護者と相談します。）
- (5) 食物アレルギー・アナフィラキシー、気管支ぜん息が「あり」の場合は、緊急の対応が必要になることもあるため、「緊急連絡先」の医療機関欄に連絡先を記入してください。
- (6) 記載日、医師名、医療機関名を記入してください。

- 【例】
- ・微量でも摂取不可
 - ・小麦に触れることは禁止
 - ・調味料に含まれている場合も不可
 - ・ぜんそくなどアレルギー症状がある場合は、運動は控える

A.保護者	学校担当確認 (A+B突合)	学校長	配付担当	調理施設確認	
▲/●	/	/	/	▲/▲	▲/▲
印	確認した日付を記入し押印(又はサイン)する			印	サイン

●月食物アレルギー対応献立表

①確認

〇〇 中学校 C年 O組 名前 〇〇 〇〇

原因食物 卵、アーモンド、えび、りんご、とうもろこし

- ① 学校名・学年組・氏名を確認する
- ② 全ての食品を確認し、原因食物となる食品を赤で囲ってください
- ③ 原因食物が含まれる料理を赤で囲ってください
- ④ 赤で囲った全ての料理について、「給食時対応(保護者記入欄)」に対応を赤で○印を付けてください

★記入方法 ○除去食の提供があり、除去食を食べる→「除去食」
 ○食べない料理の場合、家庭から代わりのおかず等を持参する→「持参」
 家庭から持参しない→「食べない」

※除去食対応がある料理は、除去食対応者のみ除去食を提供する

日(曜)	こんだて		給食時対応 (保護者記入欄)		エネルギーのもと		体をつくる		体の調子をととのえる		
					たんすいかぶつ	しつ	たんぼくしつ	むきしつ	ビタミン		
1日(金)	ちゅうかどん	むぎごはん	×	持参・食べない	こめ	むぎ			にんじん	たけのこ	きくらげ
	ちゅうかどんのぐ		×	持参・食べない			ごまあぶら	ぶたにく	いか	たまねぎ	はくさい
	だいずとさつまいものあけに		×	持参・食べない						ゲンサイ	チン
5日(火)	あつやきたまご		×	持参・食べない	さとう	でんぶん	あぶら	たまご		にんじん	しいたけ
	うさぎたいこんのツナあえ		×	持参・食べない			ごま	ツナ		さやいんげん	れんこん
	かんそうごきかな		×	持参・食べない	さとう	でんぶん				かたくちいわし	だいこん
	ぎゅうにゅう		×	持参・食べない						ぎゅうにゅう	
	ごはん		×	持参・食べない							
6日(水)	みそワタンスープ		×	持参・食べない				ぶたにく	みそ	にんじん	もやし
	だいずとりにくのアーモンドがらめ		×	持参・食べない	でんぶん	さとう	あぶら	だいず	とりにく	にんじん	しょうが
	そくせきづけ		×	持参・食べない						にんじん	かぶ
	ぎゅうにゅう		×	持参・食べない						ぎゅうにゅう	キャベツ
7日(木)	カレーなんばん		×	持参・食べない		でんぶん		とりにく	かまぼこ	にんじん	たまねぎ
	おさかなナゲット		×	持参・食べない	こむぎこ	さとう	あぶら	たら	いか	こまつな	しめじ
	しおもみ		×	持参・食べない				ほたて		たまねぎ	ねぎ
	かんそうブルー		×	持参・食べない						キャベツ	きゅうり
	ぎゅうにゅう		×	持参・食べない						ブルー	
8日(金)	ちゅうかふうたまごスープ		×	持参・食べない	でんぶん		ごまあぶら	たまご	とうふ	にんじん	とうもろこし
	えびシューマイ(2こ)		×	持参・食べない	でんぶん	パンこ	さとう	あぶら	えび	み	たまねぎ
	シャキシャキサラダ		×	持参・食べない						にんじん	きゅうり
	ぎゅうにゅう		×	持参・食べない						ぎゅうにゅう	
11日(月)	とんじる		×	持参・食べない	こんにやく			ぶたにく		にんじん	ごぼう
	ほっけのしおやき		×	持参・食べない				ほっけ		だいこん	
	きんときまめのあまに		×	持参・食べない	さとう			きんときまめ			
	りんご		×	持参・食べない							りんご
	ぎゅうにゅう		×	持参・食べない						ぎゅうにゅう	
12日(火)	むぎいりゆかりごはん		×	持参・食べない							しそ
	おおきなかぶのスープ		×	持参・食べない						パセリ	キャベツ
	とりにくのたつたあげ		×	持参・食べない							たまねぎ
さつまいもサラダ		×	持参・食べない	さつまいも	さとう	あぶら			ヨーグルト	にんじん	
ぎゅうにゅう		×	持参・食べない	でんぶん					ぎゅうにゅう	きゅうり	

◆保護者記入欄(確認したいことがありましたら記入してください)

◆学校記入欄

- 記載内容の確認なし
- 記載内容の確認あり(保護者に確認した事項を記入する)

保護者確認後の対応献立表について、確認したことや修正したことを記入しておく

【事前準備】

「食物アレルギー対応献立表」は、担任以外の職員にもわかるように、教室やランチルームなど、校内で決めた**定位置**に保管する。

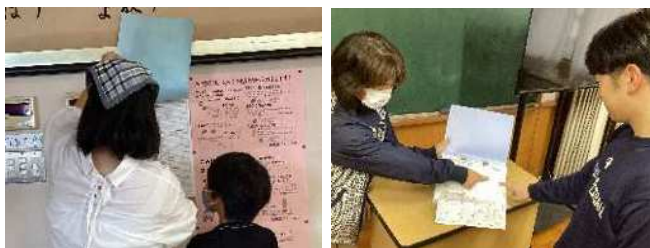
（掲示例 ※1クラス2名）

（教卓保管例）



【給食時間】

- ① 毎日、教室やランチルームで「配膳の直前」に、**教職員と児童生徒本人と一緒に**「食物アレルギー対応献立表」をもとに、当日の対応（除去食・持参・食べない）を確認する。



- ② 「食物アレルギー対応献立表」をもとに、**毎日最初に配膳する**。

- ③ 除去食や家から持参したものを盛り付ける食器は、**専用食器（原則赤色）**を使用する。



（自校給食例）



（センター給食例）

- ④ **原因食物が給食に出る日は、全ての料理でおかわりはしない・させない。**

（一度配膳したら、いただきますの前も後も、量の調整はしない。「除去食」も「持参」もない場合、食べられる料理を多めに盛り付ける。）

- ⑤ 「いただきますの直前」に、教職員と本人と一緒に「食物アレルギー対応献立表」と、**家庭から持参した料理を含め、一食分そろった給食とを照らし合わせ**、「食物アレルギー対応献立表」にチェックする。



「いただきますの後」に

※ 除去食のふたやラップ等を外す。

または専用食器に移し替える。

※ 「おかわりをしない」と声をかける。



年 月 日

新潟市立 学校園長 様

疾病による飲用牛乳 停止・再開 届

(どちらかを○で囲んでください。)

下記のとおり、飲用牛乳を 停止・再開 してください。

記

学年・組	年 組
幼児・児童・生徒氏名	
保護者氏名	
停止・再開 年月日	年 月 日
牛乳停止の理由 (原則、医師の診断が必要)	<理由> (症状が発症した当初の診断内容を記入してください) 医療機関名 [] 受診日 年 月 日

【留意事項】

- (1) 飲用牛乳を停止するには、原則、医師の診断が必要です。
- (2) 医師の診断に基づき、保護者が記入の上、提出してください。診断書の添付は不要です。
- (3) 症状に変化がなければ毎年受診する必要はありません。
- (4) この届は、再開となるまで毎年提出をしてください。

食物アレルギー対応カード

食物アレルギー対応カード	
〇〇学校	年 組
氏名	〇〇 〇〇
原因食物	
対応日	〇月 〇日
対応が必要な料理名	
対応	1 除去食 2 提供しない →持参か食べないかを 教室等で確認する

今日はおかわりしない・させない

新潟市立学校園における 食物アレルギー対応 【一覧表】

資料 1

市立学校園では、食物アレルギー事故防止の徹底を図り、全ての児童生徒等が安心して学校生活を送ることができるよう、下記指針等に基づき、**安全性を最優先に、教育委員会及び全ての学校・調理施設が共通認識のもと**対応します。

対応指針

- 三つの柱 (ガイドライン) ●アレルギー疾患の理解と正確な情報の把握・共有 ●日常の取組と事故予防 ●緊急時の対応
- 学校給食における大原則 (国指針) ●食物アレルギーを有する児童生徒にも給食を提供 そのためにも**安全性を最優先** ●対応は、**組織的**に行う ●医師の診断による**学校生活管理指導表**の提出を必須 ●**原因食物の完全除去対応** (提供するかしないか)を原則 ●施設設備、人員等を鑑み**無理な(過度に複雑な)対応は行わない** ●教育委員会は、一定の方針を示す

		学校・調理施設 (対応委員会・全教職員)	児童生徒・保護者	対象
把握・共有	正確な情報の把握・共有	対応委員会設置 (対応検討・研修実施)		全員 対応児童生徒
		市対応方針・各調理施設の対応の共有		
		学校生活管理指導表 の共有		
		【ポイント】・対応は、医師の診断 (学校生活管理指導表) に基づいて行う (年1回は受診・評価が必要)		
毎月	面談 + 個別対応計画 の作成 (決定) ・共有	食物アレルギーに関する指導 (個別) 安全な食品の見分け方・発症時の対応など		全員
		【食に関する指導の全体計画】「学校保健計画」に位置付け (学級) 食物アレルギー理解、給食時間のルールなど		
		献立作成・食材選定		
		【ポイント】・多くの児童生徒が食べられる献立を工夫 ・アレルギーに配慮した食品の使用を拡大する ・原因食物を使用した料理の頻度を減らす		
毎日	学校給食 対応がある日	【献立除去】全日本で提供しない食物等 そば・キウイフルーツ・落花生 (ピーナッツ) ・くるみ・カシューナッツ・生の鶏卵・マカダミアナッツ・ピスタチオ、ヘーゼルナッツ、ピーカンナッツ (ペカンナッツ)、ココナッツ、ブラジルナッツ、やまいも (ながいも)、バナナ、かに、たこ、あわび、いくら (すじこ)、たらこ、かずのこ		対応児童生徒
		【家庭での留意事項】 給食で初めて食べる食品をできるだけ減らす		
		食物アレルギー対応献立表 (使用食物と個別の対応内容を記載) の作成・共有		
		対応児童生徒ごとに作成・送付 (前月__日頃) ↔ 確認・対応記入・学校提出 (前月__日頃)		
毎日	学校給食 対応がある日	毎日、 登校前に児童生徒と保護者で確認		対応児童生徒
		毎日、 配膳の直前に、食物アレルギー対応献立表を確認 + 最初に配膳		
		【ポイント】・担任等教職員と児童生徒本人と一緒に (自己管理能力育成) ・対応 (原因食物が含まれる料理) があるかないか (思い込みを疑う) ・対応 (原因食物が含まれる料理) がある場合、対応の内容 (「除去食」or「持参」or「食べない」)		
		①原因食物を入れない「除去食を提供」 【調理除去】市対応上限 ※施設ごとに安全確保可能な範囲で対応 除去食物：卵・乳・ごま・アーモンド 提供料理：調理の最終段階で加える対応ができるもの (例) かき玉汁(卵除去)、アモンド サダ (アモンド 除去) など ②原因食物が含まれる料理を「配膳 (提供) しない」 【教室除去】配膳 (提供) しないものの例 原因食物そのもの：飲用牛乳、果物など 原因食物を含む料理：たまご焼(卵)、鮭チーズ フライ(乳)、麦ごはん(麦) など ③「除去食」を食べる ※ラップ・ふたの取り外し又は食器への移し替えは「いただきます」の後に行う ②家庭から代わりのおかず等を「持参」 ※自己管理を基本 (取り違えによる事故を防ぐ) ③原因食物が含まれる料理を「食べない」		
毎日	他	【ポイント】・学校と保護者で確認した 食物アレルギー対応献立表 に基づき対応 ・ 専用食器 (原則赤色) (①盛付・ラップ等、②③空容器) ・ 対応カード表示 (確認の補完であることに留意)		全員
		対応 (原因食物が含まれる料理) がある日は、 全ての料理のおかわりをしない・させない		
		【ポイント】・一度配膳したら、いただきますの前も後も、量の調整はしない (食器等を介した混入を防ぐ) ・「除去食」も「持参」もない場合、 食べられる料理を多めに盛り付ける		
		最後の砦 毎日、 いただきますの直前に、食物アレルギー対応献立表を確認		
毎日	他	【ポイント】・担任等教職員と児童生徒本人と一緒に (自己管理能力育成) ・見た目判断せず、 食物アレルギー対応献立表と実際の食事を突合 (指差し・声出し確認・最後に☑)		全員
		毎日、 食事中・食事後の児童生徒の体調不良に留意		
他	随時	【ポイント】・エピペン所有児童生徒は特に注意 ・初発も念頭に		全員
		「食物・食材を扱う」「運動」「校外学習・宿泊を伴う」授業・活動に留意		
緊急	随時	【ポイント】・食物アレルギー対応は、給食時間だけではない		全員
		食事後の体調不良を発見したら迷わず対応		
緊急	随時	【ポイント】・「緊急対応モデル」と「個別対応計画」に基づき対応 (全ての職員がいつでも確認できる場所に) ・子どものそばを 離れない・動かさない ・緊急性の 判断は5分以内 (救急車とエピペンを念頭に) ・ 複数 で対応		全員

食物アレルギー校内取組プラン（例）

資料2 ※（1）は変更不可

○年○月○日

○○学校 食物アレルギー対応委員会

（1）新潟市の食物アレルギー対応の理解と共有

→ 新潟市立学校園における食物アレルギー対応【一覧表】（マニュアル P2、資料 1）を確認し、全教職員が共通認識のもと取り組む。

（2）食物アレルギーを有する児童生徒の把握

① 新入生について

ア 食物アレルギーに関する調査（新入生保護者説明会時配付）で、対象生徒を把握し、給食開始までに個別面談を行い、学校生活の管理指導表の確認、給食の提供方法、緊急時の対応について決定する。個別面談参加者（保護者・管理職・給食主任・該当担任・学年主任・養護教諭・栄養教諭等）

イ 給食開始前に保護者・対象生徒と学級担任・養護教諭・栄養教諭等で実際の配膳方法等を確認する（ 年 月 日）。

② 新入学生以外の食物アレルギーを有する生徒について

年度末に新年度分の「学校生活管理指導表」の再提出を求め、これを基に個別対応計画を見直し、保護者に再確認してもらう。

③ 食物アレルギーを有する児童生徒一覧表（様式 14）にまとめ、共有する。

④ 食物アレルギー対応校内職員研修会について

全教職員を対象として、年度初めに職員研修を実施し、共有をする。

（3）食物アレルギー対応献立表の確認方法

① 栄養教諭は、食物アレルギー対応献立表を作成する。担任を通じて生徒・保護者へ食物アレルギー対応献立表を配布し、保護者に印をつけてもらう。同時に栄養教諭が献立日誌等を作成する。

② 対応委員会で決定した担当者（○○・○○）は、食物アレルギー対応献立表と献立日誌等を突合し、記入漏れや不明な点を栄養教諭や保護者に確認する。確認が終了したら、記録・修正し、コピーして下記に配布し共有する。

配布先：本人及び家庭用、管理職、養護教諭、学級担任（教室確認用）、給食主任（ランチルーム確認用）、調理場確認用

③ 食物アレルギー対応献立表は、個別対応計画、緊急時対応計画のコピーとともに赤いファイルに入れ、教室の○○に保管する。ランチルームには学級ごとに○○に掲示する。

④ 各学級では毎日、食物アレルギー対応献立表をもとに、担任と管理職（級外）と本人で確認し、食物アレルギー対応献立表にチェックを記入する。

⑤ 学級担任が不在の場合も、必ず他の職員が食物アレルギー対応献立表を確認し、チェックを記入する。

※ 自然災害や天候不順等で急遽やむを得ず献立変更する際や、家庭から持参する予定のものが当日ない場合は、○○する。

(4) 給食での食物アレルギー対応が必要な児童生徒への給食提供方法

→ 「誤配・誤食を防ぐための共通ルール」(様式24)を教室等の定位置(〇〇)掲示し徹底する。

【除去食提供について】

- ① 除去食は、新潟市の基準内で校内の状況に合わせて提供する。
- ② 除去食を提供する際は、個々の除去食を盛り付けた赤い食器にラップを掛け、対応カード(学校名、氏名、原因物質、料理名、対応を明記)を付けて配膳車に載せる。
- ③ 原因食物が給食に出る日は、すべての料理でおかわりをしない。給食室では除去食をあらかじめ多めに盛り付けたりするなど配慮することでおかわりによる誤食を防ぐ。ただし、対応が飲用牛乳のみの場合、おかわりは可とする。

【家庭から持参したもの(一部弁当・完全弁当)について】

- ① 家庭から持参したもの(一部弁当・完全弁当)は、個人のロッカーに保管する。(家庭から保冷・保温容器等に入れてくる。)
- ② 家庭から代わりのおかず等を持参しない場合は、教室で原因物質を含まない料理をあらかじめ多めに盛り付ける。

(5) 給食時以外の教育活動での食物アレルギーを有する児童生徒の対応

- ① 給食以外に食品を取り扱う場合(家庭科・生活科、技術・家庭科で調理する、図工・生活科、で食品容器を使う等)は、事前に家庭と連絡をとり、対応を確認する。
- ② 校外学習等で弁当やおやつを持参する場合、友達と弁当やおよつの交換はしない。

(6) 緊急時の対応

- ① 全教職員が、エピペン・内服薬・個別対応計画・食物アレルギー対応献立表・緊急対応モデルの保管場所を把握しておく。(保管場所〇〇)
- ② 食物アレルギーを有する児童生徒に誤って原因物質が配膳された場合は、直ちに給食を中止し、校長に報告する(安全を確認後、給食再開)。
- ③ 食物アレルギーを有する児童生徒が誤って原因食物を食べてしまった場合は、直ちに給食を中止し、「〇〇発生時校内救急体制」をとる。
- ④ 校長は、全体の状況を把握し対応を指示するとともに、教育委員会へ報告する。

(7) 学級での指導事項

- ① 食物アレルギーについて、発達段階に応じて説明する。食べられない食品があるが、好き嫌いやわがままでないと理解させる(差別や偏見・いじめの防止)。
- ② 給食の準備は、給食対応が必要な児童生徒の配膳を一番に行う。学級全員で協力して安全に配膳できるよう協力を求める。
- ③ 食物アレルギーを有する児童生徒と食物を交換したり、食物をあげたりしない。
- ④ 食物アレルギーを有する児童生徒が、食後に体調を崩した場合は、食物アレルギーを疑い直ちに近くの職員に知らせる。
- ⑤ 食物アレルギーについては発達段階に応じて本人の意識や態度を高揚させるように指導を継続していく。また、周囲の児童生徒に対しても指導をあわせて行う。

食物アレルギー対応（個別対応）の確認の流れ（例）

1. 調理施設担当者（●●・●●）は(A)食物アレルギー対応献立表（保護者確認用）を作成・確認し、日付と押印（又はサイン）の上、学校に送付する。
2. 学校担当者（●●・●●）は毎月●日頃、翌月分の書類(A)を専用ケースに入れて、担任を通じて生徒・保護者に配布する。
3. 保護者は書類(A)を確認し、必要事項を記入する。
記入する内容：
 - ①原因食物を赤で囲って印を付ける
 - ②原因食物が含まれる料理名を赤で囲って印を付ける
 - ③給食時対応（下記のいずれか）に赤で囲って印を付ける
記入例：除去食を食べる（提供がある場合に限り）→「除去食」
家庭から代わりのおかず等を持参する→「持参」
食べない料理（家庭からの持参なし）→「食べない」
4. 保護者は必要事項を記入したら、保護者欄に確認した日付と押印（又はサイン）して、専用ケースに入れ、学校（担任）に提出する。（保護者が提出する際は、コピーや写真を撮るなどして、手元で確認できるよう依頼する）
5. 調理施設担当者（●●・●●）は保護者から保護者確認用の提出があるまでの間に、(B)献立日誌等（調理作業用）を作成する。書類には原因食物となる食品と料理がわかるように印を付けるとともに、対応が必要な学校・学年組を記載する。調理施設確認欄に押印（又はサイン）し、学校に送付する。
6. 学校のアレルギー対応委員会で決定した担当者（●●・●●）は、書類(A)と書類(B)を突合し、記入もれ等がないか確認する。記入もれや不明な点等があれば保護者に確認をとり、その内容を記録し、修正する。（修正がある場合、保護者の手元にある対応献立表の修正を依頼する）
7. 配布担当者（●●）は、確認が完了した書類(A)を関係者で共有する。（共有範囲は各校で決定）

【共有範囲】

 - ・学級担任（教室）（原本）
 - ・調理施設 →確認完了次第、速やかに調理施設へ送付
 - ・本人 ・管理職 ・養護教諭 ・給食主任

※共有方法はデジタルでも可。その場合はコピー不要。
8. 書類(A)（原本）は全ての教職員がいつでも確認できるよう、各教室の●●●（定位置）に置き、毎日、「いただきます」の直前の確認時にチェックを付ける。

「食物アレルギー対応献立表」の確認と記入について (お願い) (例)

1 送付書類

食物アレルギー対応献立表 ※必要に応じて配合表等を配布する

2 記入に当たっての留意事項

① 食物アレルギー対応献立表には、使用する食品について記載しています。

ただし、以下については「食物アレルギー対応献立表」に記載していません。

- 調味料、だし、添加物
- ししゃも以外の魚卵を含む可能性
例)「魚類は捕獲時期によって魚卵を含む可能性があります。」
- 原材料に含まれないもの
 - ・原材料の採取方法によるもの
例)「ちりめんじゃこは、えび、かにが混ざる漁法で採取しています。」
 - ・えび、かにを補食していることによるもの
例)「本製品(かまぼこ)で使用しているイトヨリダイは、えび、かにを食べています。」
- コンタミネーション(同一工場、製造ライン使用)によるもの
例)「本品製造工場では○○(特定原材料等の名称)を含む製品を製造しています。」

② 全ての食品を確認し、原因食物を赤で囲ってください。

③ 原因食物が含まれる料理名を赤で囲ってください。

④ 赤で囲った全ての料理について、**給食時の対応**(下記のいずれか)を保護者記入欄に記入してください。

【給食時の対応(保護者記入欄)への記入内容】

対応パターン		記入内容
「除去食」を食べる(※提供がある場合に限る)		除去食
原因食物が含まれる料理を食べない	家庭から代わりのおかず等を持参する	持参
	家庭からの持参はなし	食べない

※原因食物を含まない除去食の提供が可能な料理は、除去食の欄に「除去食」と記載しています。除去食は除去食対応者のみ提供します。

⑤ 全ての食品・料理確認と、対応の記入が終わりましたら、日付を記入し確認印を押印(又はサイン)し、期限までに学校へご返送ください。

安全な給食提供のため、保護者のみなさまからも、全ての食品・料理を必ずご確認いただきますようお願いいたします。また、調理施設や教室でも確認しますが、お子さんが、食物アレルギー原因食物が入っている料理を食べることがないように、毎日、登校前に必ずお子さんと一緒に当日の給食について確認してから登校させるようお願いいたします。

提出期限 ●月●日(●)

問い合わせ

新潟市立 学校

電話 -

養護教諭

栄養教諭

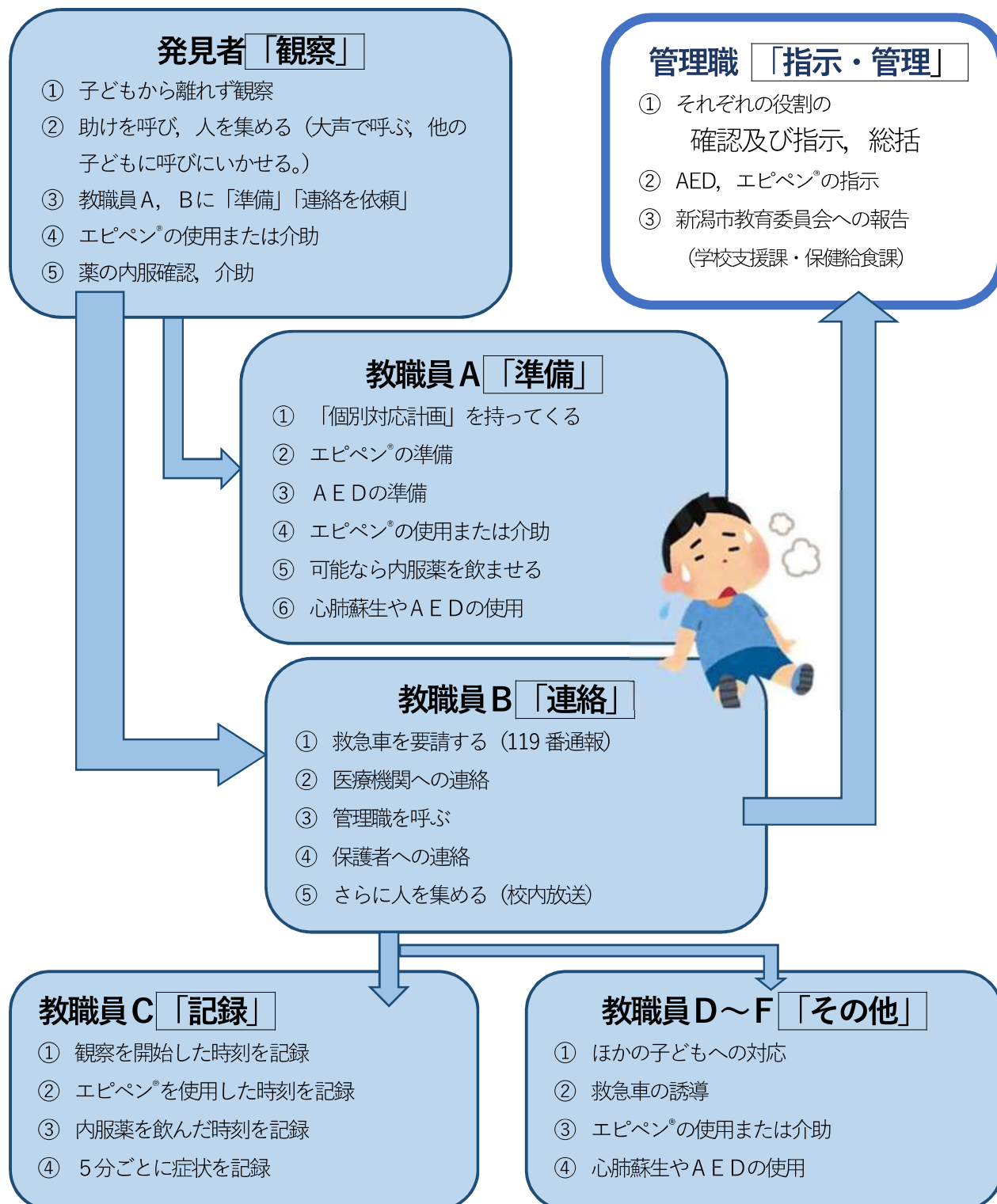
全教職員がいつでも確認できるよう、学級掲示または電話の横などに置く。

〇〇年度 食物アレルギー緊急対応モデル 〇〇学校

役割を明確にする → 重要なことを見逃さない、ミス減らす、効率よく対応できる

※明確な言葉でやり取りを行い、理解できないときは聞き直すこと。

学校内役割分担



全教職員がいつでも確認できるよう、掲示または電話の横などに置く。

緊急時の対応

発見者 = 観察者

- 子供から離れず観察
- 助けを呼ぶ
- 緊急性の判断
- エピペン®、AEDを指示

アレルギー症状がある（食物の関与が疑われる）

原因食物を食べた（可能性を含む）

原因食物に触れた（可能性を含む）

呼びかけに反応がなく、呼吸がなければ、心肺蘇（そ）生を行う

<緊急性が高いアレルギー症状>

全身の症状

- ぐったり
- 意識もろろ
- 尿や便を漏らす
- 脈が触れにくい
- 唇や爪が青白い

呼吸器の症状

- のどや胸が締め付けられる
- 声がかすれる
- 犬が吠えるようなせき
- 息がしにくい
- 持続する強いせき込み
- ぜーぜーする呼吸

消化器の症状

- 我慢できない腹痛
- 繰り返し吐き続ける



一つでもあれば

（ぜん息発作と区別できない場合を含む）

緊急性が高いアレルギー症状があるか、5分以内に判断

全教職員がいつでも確認できるよう、掲示または電話の横などに置く。

緊急性が高いアレルギー症状への対応

チームワークが大切

- ・ 救急車を要請（119番通報）
- ・ ただちにエピペン®を使用
- ・ 反応がなく呼吸がなければ、心肺蘇(そ)生を行う → AEDの使用
- ・ その場で安静にする **立たせたり、歩かせたりしない!**

＜安静を保つ体位＞

ぐったり、
意識もろうろの場合



血圧が低下している可能性
があるため、あお向けで足を
15～30cm高くする

吐き気、おう吐がある場合



おう吐物による窒息を防
ぐため、体と顔を横に向
ける

呼吸が苦しく
あお向けになれない場合



呼吸を楽にするため、
上半身を起こし後によ
りかからせる

- ・ その場で救急隊を待つ

全教職員がいつでも確認できるよう、掲示または電話の横などに置く。

※保護者によるエピペン®の定期的な確認（記載の有効期限が切れる前に新しい製品の処方を受ける。）

エピペン®の使い方

① ケースから取り出す



ケースのカバーキャップを開けエピペン®を取り出す

② しっかり握る



オレンジ色のニードルカババーを下に向け、利き手で持つ
“グー”で握る！

③ 安全キャップを外す



青い安全キャップをはずす

④ 太ももの外側に注射する



太ももの外側に、エピペン®の先端（オレンジ色の部分）を軽くあて、“カチツ”と音がするまで強く押しあて、そのまま五つ数える
注射した後すぐに抜かない！
押しつけたまま五つ数える！

⑤ 確認する



エピペン®を太ももから離しオレンジ色のニードルカババーが伸びているか確認する

伸びていない場合は「④に戻る」

オレンジ色のニードルカババーの先端は、注射針が出てくる場所です。絶対に指や手等で触れたり、押しついたりしないでください。

全教職員がいつでも確認できるよう、掲示または電話の横などに置く。

エビペン®の使い方

介助者がいる場合



介助者は、子供の太ももの付け根と膝をしっかりと押さえ、動かないように固定する

注射する部位

- 衣類の上から、打つことができる
- 太ももを三等分したかつ真ん中(A)よりやや外側に注射する



あお向けの場合



座位の場合

服の上からも注射できますが、注射部位を触って、縫い目がないこと、ポケットの中に何もいないことを確認しましょう。

全教職員がいつでも確認できるよう、掲示または電話の横などに置く。

救急要請（119番通報）のポイント

<p>① 救急であることを伝える</p>  <p>119番、火事ですか？ 救急ですか？</p> <p>救急です。</p>	<p>③ 「いつ、だれが、どうして、現在どのような状態なのか」を分かる範囲で伝える</p> <p>食物アレルギー既往の有無を伝える</p>  <p>どうしましたか？</p> <p>3年生の男児が給食を食べた後、気持ちが悪いです。</p>
<p>② 救急車にきてほしい住所を伝える</p>  <p>住所はどこですか？</p> <p>〇〇町〇〇番地 〇〇学校です。</p>	<p>④ 通報している人の氏名と連絡先を伝える</p> <p>119番通報後も連絡可能な電話番号を伝える</p>  <p>あなたの名前と連絡先を教えてください。</p> <p>私の名前は〇〇〇〇です。 電話番号は・・・</p>

※ 救急隊から、その後の状態確認などのため、電話がかかってくることもある

- ・通報時に伝えた連絡先の電話は、常につながらるようにしておく
- ・必要に応じて、救急隊が到着するまでの応急手当の方法を聞く

食物アレルギー対応校内職員研修会計画（例）

年 月 日
〇〇学校 保健安全教育部

1 日時 年 月 日（ ） 時 分～ 時 分

2 会場

3 対象 教職員、調理員、地域教育コーディネーター、関係職員 等

4 内容

- (1) 食物アレルギーを有する児童生徒について
- (2) 校内取組プラン（給食配膳方法）の確認について
- (3) 緊急時対応モデルの確認について
- (4) DVD「学校における食物アレルギー疾患対応資料」視聴
文部科学省 公益財団法人日本学校保健会 平成27年3月
- (5) エピペン[®]の使用方法和実技練習
- (6) 事故発生時のシミュレーション研修
自校の児童生徒の、個別対応計画を活用したシミュレーション研修を行う。

【 シミュレーション研修 例 】

事例1 養護教諭 不在

1年女子（アーモンド）除去食対応・エピペン[®]あり

給食後に友達に顔に赤みがあると言われた。その後に気持ちが悪くなったため、担任に申し出た。養護教諭が不在のため、教務室にて経過観察をしていた。口の周りのかゆみや赤みが出始め、「のども少しかゆい気がする。」と訴えた。意識ははっきりしていて、受け答えもしっかりできる。顔色が悪くなり青白い。

事例2 養護教諭 在

4年男子（大豆・大豆加工品そば・豆類）弁当対応・エピペン[®]なし

給食時に持参した弁当を食べる。昼休みは元気に中庭で走って遊んでいた。昼休み後に、保健室に不調を訴えて来室した。唇の多少の腫れと、両腕の内側や太ももの内側にじんましがみられた。意識ははっきりしていて、受け答えもできる。のどの違和感や吐き気等の自覚症状はなかった。

- 【資料】
- ① 食物アレルギーを有する児童生徒一覧表（様式14）
 - ② 校内取組プラン案（資料2）
 - ③ 緊急時対応モデル（資料4）
 - ④ 個別対応計画（様式13）
 - ⑤ 経過記録票（様式16）