

6 様式集

様式番号	帳票名	主な作成時期
様式 1	食物アレルギー調査票	新入園児健康診断時 就学時健康診断時 中学校入学説明会時 1月上旬
様式 1-①	食物アレルギー調査の実施について	同上
様式 2-①	食物アレルギー（面接・電話）記録	就学時健康診断当日 またはその近日 3月
様式 2-②		
様式 3	学校生活管理指導表	就学時健康診断後 3月
様式 3-①	学校における食物アレルギー等の対応に関する書類の提出について	同上
様式 3-②	学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）の記載について	同上
様式 4	アレルギー緊急時個別対応票	就学時健康診断後 3月 食物アレルギー発症時
様式 5	食物アレルギー対応プラン	10月～3月
様式 6	食物アレルギー対応解除（一部解除）の申出書	食物アレルギー対応解除時
様式 7-①	食物アレルギー対応献立表（提出用）	毎月
様式 7-②	食物アレルギー対応献立表（保護者控）	毎月
様式 8	食物アレルギー対応予定一覧表	毎月
様式 9-①	食物アレルギー対応食 受渡し管理表（給食センター用）	毎日
様式 9-②	食物アレルギー対応食 受渡し管理表（幼稚園用）	毎日
様式 10-①	食札	毎日
様式 10-②	連絡カード	毎日
様式 11	食物アレルギー対応依頼書	食物アレルギー対応依頼時
様式 12	食物アレルギー対応解除（一部解除）届	食物アレルギー対応解除時
様式 13	食物アレルギー対応経過記録	食物アレルギー発症時
様式 14	事故略報【食物アレルギー】	食物アレルギー発症時

※児童生徒等の転入時、新たにアレルギー症状が発症した時等は、様式 1～5 を随時作成。

〇〇年度用 食物アレルギー調査票

富山市立〇〇〇学校(園)

学年・組	年 組 番	氏 名	男・女
記入日	年 月 日	保護者氏名	
<p>○現在、お子様は食物アレルギーがありますか。どちらかに○を付けてください。</p> <p>ア はい イ いいえ → 今回の調査はこれで終了です。</p> <p>下の質問にご回答ください お子さんの体調で心配なことがあれば、いつでも学校にご相談ください。</p> <p style="text-align: center;">↓</p>			
質問項目	回答 (必要事項を記入し、あてはまるものに ✓ を付けてください)		
原因食物 該当するものに✓ ()には特記事項	<input type="checkbox"/> 鶏卵 () <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 () <input type="checkbox"/> 小麦 () <input type="checkbox"/> ソバ () <input type="checkbox"/> ピーナッツ () <input type="checkbox"/> 種実類・木の実類 () <input type="checkbox"/> 甲殻類 [エビ・カニ] () <input type="checkbox"/> その他 ()		
発症年齢	歳頃		
症状	<p>何をどのくらい食べると、どのような症状がでるか、記載してください。</p> <p><input type="checkbox"/> アレルゲンを扱っている同じ工場やライン等で製造された食品についても、家庭では食べさせていない</p> <p>※アナフィラキシー症状の経験がある場合は、ご記入ください。 (回数: 回、最後の発症年月日: 年 月、原因食物)</p>		
主治医 該当するものに✓	受診 <input type="checkbox"/> 有 (最後の受診: 年 月頃) <input type="checkbox"/> 無 病院名 : 医師名 : 連絡先 :		
服薬等の状況 該当するものに✓	●エピペン®処方 <input type="checkbox"/> 有 [本人使用 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない] <input type="checkbox"/> 無 ●内服薬 <input type="checkbox"/> 有 (薬品名) <input type="checkbox"/> 無 [内服のタイミング <input type="checkbox"/> 原因物質を摂取・接触したとき <input type="checkbox"/> 症状が出現したとき] ●その他(吸入薬、外用薬等) <input type="checkbox"/> 有 (薬品名) <input type="checkbox"/> 無		
給食対応(要望) ・希望するものに✓ ・その他の()には理由を記載	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 保護者や本人、学校等と献立について情報を共有し、原因食物を除いた給食を食べる。 <input type="checkbox"/> 給食の一部と、持参した弁当を食べる。 <input type="checkbox"/> 給食は食べずに、持参した弁当を食べる。 <input type="checkbox"/> 学校・給食センターでの調理過程で、卵を取り除いた給食(卵除去食)を食べる。		<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 自分で除去できるから <input type="checkbox"/> 少量なら症状が出ないから <input type="checkbox"/> 給食で使用しない食物だから <input type="checkbox"/> その他 ()
※保護者連絡先	氏 名	続柄	電話
	①		
	②		
			連絡可能な時間帯
			時 ~ 時
			時 ~ 時

※ 給食対応を希望される場合や記載内容で確認したい点がある場合は、後日、学校から保護者の方にご連絡させていただきます。連絡先と連絡可能な時間帯を記入してください。

学校記入欄	A 詳細な聞き取り 要・不要	B 学校生活管理指導表提出依頼 有・無
	C 給食対応決定 無・有 【 <input type="checkbox"/> 詳細な献立表のみ <input type="checkbox"/> 弁当(一部・完全) <input type="checkbox"/> 卵除去食】	

〇〇年〇月〇日

保護者 各位

富山市立 学校

校長 〇〇 〇〇

〇〇年度用 食物アレルギー調査の実施について

〇〇の候 保護者の皆様には、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

日頃から、本校の教育活動について、ご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、本校では、「学校における食物アレルギー対応マニュアル」に基づき、食物アレルギー等の対応を実施しています。安心して安全に学校給食を提供するため、別紙「食物アレルギー調査票」を記入し、学級担任へ、〇月〇日（ ）までに、提出していただきますようお願い申し上げます。

なお、アレルギー対応については、次のとおりです。

富山市の学校給食において、アレルギー対応ができる対象者は次のとおりです。

- 1 医師による検査・診察の結果、食物アレルギーやアナフィラキシーと診断されている者等
 - 2 医師の指導のもと、家庭でも原因食物の除去を行っている者、通常の給食に不都合がある者等
- ※ 学校で給食対応するためには、毎年、主治医が記載した「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の提出が必要になります。「学校生活管理指導表」の記載に係る医師の文書料については、保険適用となります。

本校の学校給食において、実施可能な対応は次のとおりです。

A～Cいずれの対応も、「学校給食の原材料を詳細に記入した献立表」を家庭に事前に配布します。

A 詳細な献立表対応

原材料を詳細に記した献立表をもらい、保護者や本人、学校等と情報を共有し、原因食物を除いた給食を食べる。

B 弁当対応

（一部弁当対応）給食の一部と、持参した弁当を食べる。

（完全弁当対応）給食は食べずに、毎日持参した弁当を食べる。

C 除去食対応

原因食物を除いた給食を食べるが、調理過程で鶏卵が除去できる献立がある場合は、鶏卵除去食を提供する。

※ 富山市では、安全性確保のため、原因食物の完全除去対応を行います。

「少量なら食べられる」「加工食品に含まれる程度なら食べられる」という場合でも、給食対応では、アレルギーを含む献立は一切提供しないこととなります。

担 当 〇〇、〇〇

連絡先 〇〇〇学校 (TEL 〇〇〇-〇〇〇〇)

食物アレルギー（面接・電話）記録

年 月 日（時間 : ~ : ）

学年・組		氏 名		男・女
相手方(保護者)				(名)
対応者(学校職員)				(名)
記録者				

原因食物に関すること	何をどのくらい食べると症状がでるか、生・加熱で症状が異なるか、アレルギーを扱っている同じ工場やラインで製造された食品についても医師の指示等で除去が必要か（魚卵はどの程度食べられるか）、等
これまでの経過等 症状に関すること	いつ頃から、どのような症状が出たのか。過去の既往やその他のアレルギー等
主治医・病院・ 治療に関すること	通院や治療の状況、医師からの説明内容等
エピペン®・薬に 関すること	過去のエピペン®や薬の使用状況、保護者と連絡がとれない場合の対処方法
給食対応 について	1つ1つのアレルギーについて、どのような対応を行うのか等
学校で配慮 してほしいこと	食に関する活動、教材教具等の配慮、運動、遠足・校外学習、本人への指導、周囲への指導等

食物アレルギー（面接・電話）記録

年 月 日（時間 : ~ : ）

学年・組		氏 名		男・女
相手方(保護者)				(名)
対応者(学校職員)				(名)
記録者				

--	--

表 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

提出日 年 月 日

名前 (男・女) 年 月 日生 年 組

※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>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）</p> <p>1. 即時型</p> <p>2. 口腔アレルギー症候群</p> <p>3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー</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</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>1. 鶏卵</p> <p>2. 牛乳・乳製品</p> <p>3. 小麦</p> <p>4. ソバ</p> <p>5. ピーナッツ</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>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>A 給食</p> <p>1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>B 食物・食材を扱う授業・活動</p> <p>1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>C 運動（体育・部活動等）</p> <p>1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>D 宿泊を伴う校外活動</p> <p>1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>E 原因食物を除去する場合には、給食対応が困難となる場合があります。</p> <p>※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。</p> <p>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>F その他の配慮・管理事項（自由記述）</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</p> <p>医師名</p> <p>医療機関名</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</p> <p>医師名</p> <p>医療機関名</p>
<p>アレルギー疾患</p> <p>A 症状のコントロール状態</p> <p>1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良</p> <p>B-1 長期管理薬（吸入）</p> <p>1. ステロイド吸入薬</p> <p>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</p> <p>3. その他</p> <p>B-2 長期管理薬（内服）</p> <p>1. ロイコトリエン受容体拮抗薬</p> <p>2. その他</p> <p>B-3 長期管理薬（注射）</p> <p>1. 生物学的製剤</p> <p>C 発作時の対応</p> <p>1. ベータ刺激薬吸入</p> <p>2. ベータ刺激薬内服</p>	<p>A 運動（体育・部活動等）</p> <p>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</p> <p>1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>C 宿泊を伴う校外活動</p> <p>1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>D その他の配慮・管理事項（自由記述）</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</p> <p>医師名</p> <p>医療機関名</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</p> <p>医師名</p> <p>医療機関名</p>

裏 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

病型・治療		学校生活上の留意点		記載日
アトピー性皮膚炎 (あり・なし) 重症度のめやす（厚生労働科学研究班） 1. 軽症：面積に関わらず、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、落屑主体の病変 *強い炎症を伴う皮疹：紅斑、丘疹、ひびき、浸潤、苔癬化などを伴う病変		学校生活上の留意点 A プール指導及び長時間の紫外線下での活動 1. 管理不要 2. 管理必要 B 動物との接触 1. 管理不要 2. 管理必要 C 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要 D その他の配慮・管理事項(自由記述)		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____
アレルギー性結膜炎 (あり・なし)		学校生活上の留意点 A プール指導 1. 管理不要 2. 管理必要 B 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 C その他の配慮・管理事項(自由記述)		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)		学校生活上の留意点 A 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 B その他の配慮・管理事項(自由記述)		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____

学校における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、本票に記載された内容を学校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 _____

年 月 日

年 組 氏名
保護者様

富山市立 学校（園）長

学校における食物アレルギー等の対応に関する書類の提出について

日頃から、本校の学校教育活動についてご理解ご協力いただき、感謝申し上げます。
先日実施しました食物アレルギー調査の結果、学校での食物アレルギー対応が必要となることから、 月 日（ ）までに、学校生活管理指導表を、学級担任までご提出くださいますようお願い申し上げます。

記

1 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）について

- (1) 主治医に記載を依頼してください。この書類の記載に係る文書料については、保険適用となります。
- (2) 主治医に記載を依頼される場合は、別紙「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）の記載について」を添えてください。
- (3) 学校における食物アレルギー等の対応は、この書類に主治医が記載された内容に基づいて配慮や管理を行います。配慮や管理について変化がない場合であっても、毎年度の提出が必要です。
- (4) 保護者の方が記載する部分があります。表面の「緊急時連絡先」の保護者欄（2か所）、裏面一番下「保護者氏名」を記載し、提出してください。

2 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）提出後の予定について

- (1) 学校から電話連絡をさせていただき、面談の日程を決めます。
- (2) 面談では、次の内容について確認や相談をさせていただきます。
 - ・お子さんのアレルギーについて
 - ・学校で実施可能な給食の対応について
 - ・学校生活管理指導表の記載内容以外で、学校生活上の注意点や配慮事項について
 - ・緊急時の連絡先（連絡してほしい順に2つの電話番号）
- (3) 面談終了後、学校で「食物アレルギー対応プラン」を作成します。作成後に、再度、保護者の方と面談し、対応について心配な点や不明な点がないか確認します。
- (4) 「対応プラン」の内容にご了承いただけたら、保護者の同意欄にサインをし、手続きは終了です。

主治医・保護者の方へ

学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)の記載について

食物アレルギーに関する配慮や管理が必要なお子さんが、学校生活をより安全に安心して過ごすためには、学校、家庭、医療機関が情報の共有を図り、共通認識のもと食物アレルギー等の対応を実施していくことが重要です。また、その対応は、医師の診断に基づいて行うことが必要ですので、主治医には、「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」の記載を依頼しております。よろしくお祈りします。

＜学校に提出する際の留意点＞

- ・児童生徒等の病状は変化することがあります。継続して管理・指導が必要な場合は、原則として、内容が同じでも毎年新しい「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」の提出が必要です。
- ・大きな変化がない場合、本表は1年間を通じて使用します。現在の状況及び今後1年間を通じて、予測される状況を記載願います。
- ・学校生活管理指導表の記載箇所

記載内容		
主治医	①疾患	当てはまる疾患名、(あり・なし)の欄に○をつける。
	②病型・治療	当該疾患の原因や症状、服薬中の薬等、現在の状況を記入する。
	③学校生活上の留意点	学校生活における管理・配慮の必要性について記入する。
	④緊急時連絡先	連絡医療機関の医療機関名と電話番号を記入する。
	⑤主治医	記載日、医師名、医療機関名を記入する。
保護者	㊦緊急連絡先	保護者欄に電話番号を記入する。 (職場など必ず電話が繋がるところを記載する)
	㊧保護者の同意 ※裏面末尾	緊急時の対応に活用するため、「学校生活管理指導表」に記載された情報を教職員等で共有することの同意について署名する。

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 _____ 組
提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
※この生活管理指導表は、学校の生活において特別な配慮や管理が必要となった場合に医師が作成するものです。

病型・治療		学校生活上の留意点		大保護者 電話: ⑦ 大連絡医療機関 医療機関名: ④ 電話: ⑤ 記載日 年 月 日 医師名 ⑤ 医療機関名		
① アナフィラキシー (あり/なし) 食物アレルギー	Ⅰ 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 ②	Ⅱ アナフィラキシー病型(アナフィラキシーの疑い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	Ⅲ 対応 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅳ 食物・食材を扱う活動・活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅴ 運動(体育・課外活動) 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅵ 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅶ 摂取食物を除去する場合により難しい除去が必要なもの ※本表に○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: 卵黄カシウム 牛乳: 乳糖、乳糖加水カシウム 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、鰹節 肉類: エキス		大保護者 電話: ⑦ 大連絡医療機関 医療機関名: ④ 電話: ⑤ 記載日 年 月 日 医師名 ⑤ 医療機関名	
	Ⅷ 原因食物・除去対象 該当する食品の番号に○をし、かつ()内に除去対象を記載 1. 鶏卵 () 2. 牛乳・乳製品 () 3. 小麦 () 4. ソバ () 5. ビーナッツ () 6. 卵黄類 () 7. 木の皮類 () 8. 果物類 () 9. 魚類 () 10. 肉類 () 11. その他1 () 12. その他2 ()	Ⅷ 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()	Ⅷ 運動(体育・課外活動) 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅸ 施設との連絡やホコリ等の異音環境での活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅹ 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅺ その他の配慮・管理事項(自由記述)	大保護者 電話: ⑦ 大連絡医療機関 医療機関名: ④ 電話: ⑤ 記載日 年 月 日 医師名 ⑤ 医療機関名		
	Ⅷ 病状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良 Ⅷ-1 長期管理薬(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 () Ⅷ-2 長期管理薬(内服) 1. コイトリエン受容体拮抗薬 () 2. その他 () Ⅷ-3 長期管理薬(注射) 1. 生物学的製剤 ()	Ⅷ-1 長期管理薬(吸入) 薬名 () 投与量/日 () 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 () Ⅷ-2 長期管理薬(内服) 薬名 () 1. コイトリエン受容体拮抗薬 () 2. その他 () Ⅷ-3 長期管理薬(注射) 薬名 ()	Ⅷ 運動(体育・課外活動) 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅸ 施設との連絡やホコリ等の異音環境での活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅹ 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅺ その他の配慮・管理事項(自由記述)			大保護者 電話: ⑦ 大連絡医療機関 医療機関名: ④ 電話: ⑤ 記載日 年 月 日 医師名 ⑤ 医療機関名
	Ⅷ 製作時の対応 1. ベータ刺激薬吸入 () 2. ベータ刺激薬内服 ()	Ⅷ 製作時の対応 薬名 () 投与量/日 () 1. ベータ刺激薬吸入 () 2. ベータ刺激薬内服 ()	Ⅷ 運動(体育・課外活動) 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅸ 施設との連絡やホコリ等の異音環境での活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅹ 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅺ その他の配慮・管理事項(自由記述)			

⑧ 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

	病型・治療	学校生活上の留意点	記入日
アトピー性皮膚炎 (皮膚科)	■ 重症度のめやす（厚生労働省研究班） 1. 軽症：血腫に関わらず、軽度の血腫のみ見られる。 2. 中等症：強い炎症を伴う皮膚が体表面積の10%未満に見られる。 3. 重症：強い炎症を伴う皮膚が体表面積の10%以上、30%未満に見られる。 4. 重症：強い炎症を伴う皮膚が体表面積の30%以上に見られる。 ※軽度の炎症：顔面・手足、肘部、関節部等の炎症 ※強い炎症を伴う皮膚：顔面・手足、肘部、関節部などを伴う炎症	■ プール指導及び長時間の屋外条件下での活動 1. 観察不要 2. 観察必要 ■ 動物との接触 1. 観察不要 2. 観察必要 ■ 飛行機 1. 観察不要 2. 観察必要 ■ その他の配慮・管理事項(自由記述)	記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医師機関名 _____
	■ 1 常用する外用薬 スteroid剤 タクロリムス製剤（「プロトピック」） 保湿剤 その他（ ）	■ 2 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他（ ）	■ 3 常用する注射薬 1. 生物学的製剤
アレルギー性鼻炎 (内科)	■ 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） 3. 春学カタル 4. アトピー性角結膜炎 5. その他（ ）	■ プール指導 1. 観察不要 2. 観察必要 ■ 屋外活動 1. 観察不要 2. 観察必要 ■ その他の配慮・管理事項(自由記述)	記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医師機関名 _____
	■ 治療 1. 抗アレルギー薬 2. ステロイド点眼薬 3. 免疫抑制剤 4. その他（ ）		
アレルギー性気管支炎 (内科)	■ 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） 主な症状発症時期：春、夏、秋、冬	■ 屋外活動 1. 観察不要 2. 観察必要 ■ その他の配慮・管理事項(自由記述)	記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医師機関名 _____
	■ 治療 1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬（内服） 2. 鼻粘膜用ステロイド薬 3. 舌下免疫療法（タニ・スチ） 4. その他（ ）		

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、本表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 _____ 

高崎市立総合高等学校（一部）

アレルギー緊急時個別対応票

富山市立

〔太枠内は保護者・学校とで事前に確認し記入〕

児童生徒氏名	
生年月日	年 月 日
原因物質	
内服薬の処方	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
エピペンの処方	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
医療機関	
医師名	
【緊急時連絡先（氏名、勤務先、TEL等）】	
①	
②	

発生日		年	月	日
撮 取 ・ 接 触 状 況	時 分 頃			
	何を [] どのくらい []			
症 状	時 分 頃			
	※初めて症状を確認した時刻を記入する			
処 置 ・ 連 絡	初期 処置	<input type="checkbox"/> うがい <input type="checkbox"/> 洗い流す <input type="checkbox"/> 助けを呼ぶ (時 分)		
	連絡 確認	<input type="checkbox"/> 保護者への連絡 (時 分)		
	内服	<input type="checkbox"/> 事前の指示の内服薬使用 (時 分)		
	エピ ペン®	<input type="checkbox"/> エピペン®の使用 (時 分)		
	連絡 確認	<input type="checkbox"/> 救急車の要請 (時 分)		
備 考				

＜症状チェックと対応手順＞

※該当する症状欄に☑し、時刻も記録する。
各項目1つでも当てはまれば()の対応をとる。

1. 安静にし、注意深く経過観察（内服）

観察項目	時刻
軽いおなかの痛み（我慢できる）	:
吐き気	:
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	:
軽度のかゆみ	:
数個のじんましん	:
部分的な赤み	:

2. 速やかに医療機関を受診（エピペン準備）

数回の軽い咳	:
中等度のおなかの痛み	:
1～2回のおう吐	:
1～2回の下痢	:
顔全体の腫れ	:
まぶたの腫れ	:
強いかゆみ	:
全身に広がるじんましん	:
全身が真っ赤	:

3. ただちに119救急車要請（エピペン使用）

ぐったり	:
意識もうろう	:
尿や便をもらす	:
脈が触れにくい、または不規則	:
唇や爪が青い	:
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	:
持続する強い咳込み	:
ゼーゼーする呼吸	:
持続する強く我慢できないおなかの痛み	:
繰り返し吐き続ける	:

食物アレルギー対応プラン

富山市立	学校（園）	作成日	年	月	日
年 組	氏名	男・女	年	月	日生（才）

●食物アレルギー病型（該当する病型○、原因食物を記載）

<input type="checkbox"/> 即時型	<input type="checkbox"/> 口腔アレルギー症候群	<input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー
原因物質		

●アナフィラキシー病型（アナフィラキシーの既往有の場合のみ記載、管理指導表から転記）

1. 原因食物	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 ※種類を記入	5. 医薬品 ※原因薬品を記入	6. その他 ※内容を記入

●主治医・処方薬の状況

主治医	病院名
	診療科・主治医名
	TEL
処方薬の状況	緊急時用内服薬 ()
	抗ヒスタミン薬・ステロイド薬 (保管場所:)
	エピペン®: 有・無 (保管場所:)
	その他()
	(保管場所:)

●緊急時の対応

		想定される症状	
緊急時の対応	薬の内服	<input type="checkbox"/> 原因物資を摂取・接触したとき <input type="checkbox"/> 症状が出現したとき	
	エピペン® (本)		
	その他		
	緊急連絡先	1	TEL
	2	TEL	(続柄)

●学校での対応策

学校給食・昼食	
食物・食品を扱う活動・授業	
運動 (体育・部活動)	
行事 (宿泊学習・遠足・校外学習)	
教材教具等の配慮	
本人への指導	
他の児童生徒等への指導 保護者への説明	
その他	

●保護者の同意

記載内容について了解し、このプランを学校内で情報共有することに同意します。
 また、エピペン®を所持する場合は、緊急時に迅速に対応できるよう、消防機関等の関係機関に必要な情報を提供することに同意いたします。

年 月 日 保護者氏名

年 月 日

富山市立〇〇〇学校長 様

食物アレルギー対応解除(一部解除)の申出書

学校給食での食物アレルギー対応が不要になりましたので、次のとおり解除(一部解除)をお願いします。

1 食物アレルギー対応を解除する児童生徒について

児童生徒氏名	ふりがな		
	年	組	氏名 (男・女)

2 食物アレルギー対応について医師に相談した日・相談した医師名・内容等について

医師に相談した日	年 月 日	相談した医師名	
(医師の意見)			
(保護者の意見、現在の家庭でのアレルギー対応状況等)			

3 食物アレルギー対応の変更内容

	現 在	変 更 後
原 因 食 物		
内 容	<input type="checkbox"/> 詳細な献立表対応 <input type="checkbox"/> 除去食 (卵) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 対応不要 <input type="checkbox"/> 詳細な献立表対応 <input type="checkbox"/> 除去食 (卵) <input type="checkbox"/> その他 ()

記載内容に相違ありません。

年 月 日

保護者署名 _____

※学校記入欄

対応の解除 (可 ・ 不可)

対応の解除日

年 月 日

様式9-①

食物アレルギー対応食 受渡し管理表（給食センター用）

日付	年 月 日 ()
学校名	

献立名	原因食物	対応	学年・組	氏名	確認欄		
					給食センター	給食搬入員	
						受取り	生徒(担任)へ渡した
			年 組				
			年 組				
			年 組				
コンテナ番号			年 組				
			年 組				

上記のとおり、内容を確認し受渡しました。

給食センター担当者

搬入員

様式9-②

食物アレルギー対応食 受渡し管理表（幼稚園用）

日付	年 月 日 ()
----	-----------

献立名	原因食物	対応	学年・組	氏名	確認欄		
					小学校	幼稚園	
						受取り	担任へ渡した

上記のとおり、内容を確認し受渡しました。

小学校担当者

幼稚園担当者

様式10-①

※参考例

【食 札】

月 日()

年・組・名前	
献立名	
除去食物	
対応内容	

【食 札】(例)

4月13日(月)

年・組・名前	1年1組 富山太郎
献立名	親子煮
除去食物	卵
対応内容	卵除去

様式10-②

※参考例

【連絡カード】

月 日()

年・組・名前	
献立名	
原因食物	
対応内容	

【連絡カード】(例)

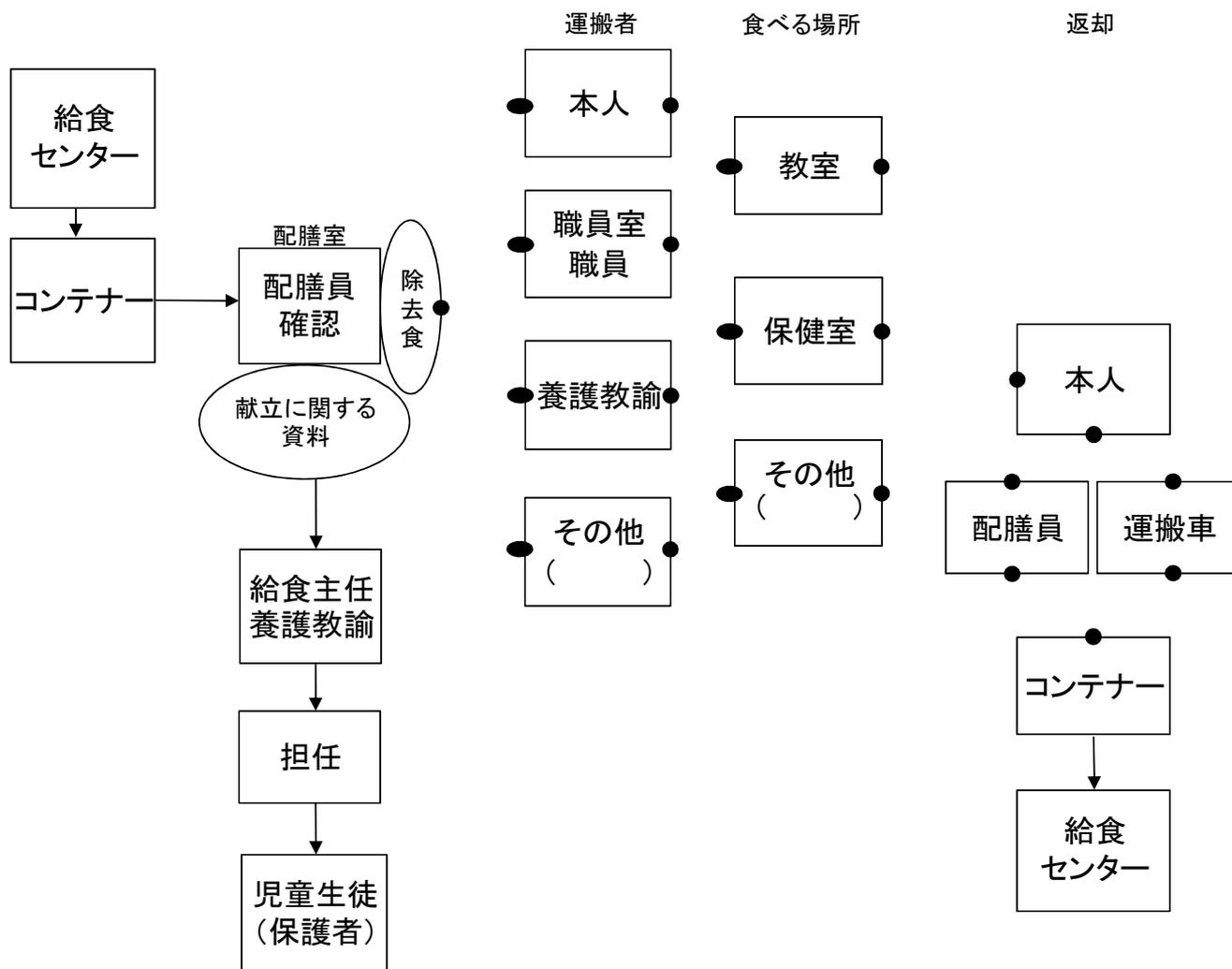
4月20日(月)

年・組・名前	1年1組 富山花子
献立名	えびと豆腐のうま煮
原因食物	卵・エビ・カニ
対応内容	卵・エビ・カニが入っています。食べないでください

校内体制図

学校 年 組 氏名

校内における除去食対応の流れを、朱書きで記入してください。(●をつなぎ合わせてください。)



年 月 日

(宛先) 富山市 学校給食センター所長

富山市立 学校

校長

食物アレルギー対応解除(一部解除)届

学校給食での食物アレルギー対応が不要になりましたので、次のとおり解除(一部解除)をお願いします。

児童生徒氏名	ふりがな 年 組 氏名 (男・女)
解除開始日	年 月 日
アレルギー 原因食品	(別紙)食物アレルギー対応解除(一部解除)の申出書のとおり
解除内容	

この書類は、保護者から提出された、「食物アレルギー対応解除(一部解除)の申出書」の写しを添付し、学校給食センターへ提出してください。

食物アレルギー対応経過記録

年 組 児童生徒氏名

生年月日

年

月

日 (

歳)

発症日時	年 月 日 時 分 誤食時刻 時 分		時刻	チェック	対 応 (実施者氏名)			
原因食物			:		初期対応 ()			
食べた量			:		校長へ連絡 ()			
初期対応	・うがい ・手洗い ・触れた部位を洗い流す ・口の中のものを取り除く		:		保護者連絡 ()			
処置	内服薬服用	なし ・ あり (薬品名:) (時 分)	:		エピペン®の確認・準備 AEDの準備 ()			
	エピペン®の使用	なし ・ あり (時 分)	:		救急車の要請 ()			
症状	臓器	重症度レベル	症 状	臓器	重症度レベル	症 状		
	皮膚	1	①部分的なじんましん・赤み・かゆみ	呼吸器	1	⑨鼻水、鼻づまり、くしゃみ、弱く連続しない咳		
		2	②全身性のじんましん・強いかゆみ		2	⑩時々繰り返す咳、咳き込み、聴診器で聞こえる弱い喘鳴		
	粘膜	1	③口唇やまぶたの軽い腫れ、喉のかゆみ	全身	3	⑪強い咳き込み、犬が吠えるような咳、喘鳴、息がしにくい、唇や爪が青白い		
		2	④顔全体の腫れ、飲み込みづらい		1	⑫やや元気がない		
		3	⑤のどや胸が強く締め付けられる、声がかすれる		2	⑬明らかに元気がない、横になりたがる		
	消化器	1	⑥軽い腹痛、吐き気、単回の嘔吐、下痢		3	⑭ぐったりしている、意識がもうろうとする、脈がふれにくい、失禁		
		2	⑦明らかな腹痛、複数回の嘔吐、下痢					
		3	⑧持続する強い (がまんできない) 腹痛、繰り返し吐き続ける					
	経過 (時刻)	症状・処置 ①~⑭の番号を記入		血圧 (mmHg)	脈拍 (回/分)	呼吸数 (回/分)	体温 (°C)	備 考 (保護者連絡、救急車要請、連絡者の氏名等)
	:			/				
	:							
:								
:								
:								
:								
:								
主治医	医療機関名	電話番号				ID番号など		
搬送先病院名								

記録者氏名	
-------	--

事故略報【食物アレルギー】

学校名	富山市立 学校（園）				
事故名	食物アレルギー				
発生日時	月 日（ ） 時 分 頃 時間帯（ ）				
発生場所					
児童生徒氏名	ふりがな 氏名		学年 組	年 組	性別
保護者氏名	ふりがな 氏名		電話 番号		
事 故 の 概 要	発症した症状 （最終時点）	【皮膚症状】 【粘膜症状】 【呼吸器症状】 【消化器症状】 【全身症状】			
	原因	アレルギー（ ） 献立名（ ） ・ 不明			
	食物アレルギーについて	管理指導表の提出 無 ・ 有			
	過去の食物アレルギー発症	無 ・ 有（ 年 月）			
	搬送先医療機関名				
	入院先医療機関名				
	診断名				
	エピペン®	所持（ 無 ・ 有 ） 使用（ 無 ・ 有（ 本 ））			
	経過（時系列で）				
	問題点				
報告日時	月 日（ ） 午前 ・ 午後 時 分				
報告者	職	校長 ・ 教頭 ・ 生徒指導主事 ・ 他（ ）	氏名		