

文書・様式一覧

◆食物アレルギー調査票関係	
１－１：「食物アレルギー対応と実態把握についてのお願い」	４３、４４
１－２：学校生活における「食物アレルギー調査票」提出のお願い	４５
様式１：「食物アレルギー調査票」及び「記入例」	４６～４９
◆学校生活管理指導表関係	
２－１：「学校生活管理指導表」等に関するお願い	５０
２－２：食物アレルギーのある子ども達が学校（園）生活を安心して過ごすために	５１、５２
様式２	
学校用：学校生活管理指導表（食物アレルギー・気管支喘息用）」岐阜県	５３、５４
幼稚園用：学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）	５５、５６
・学校生活管理指導表（記入例）	５７～５８
・（卵・乳アレルギーのみ）学校生活管理指導表の記載例～	５９
◆代替食申込書（牛乳パックからお茶パックへの代替申込・取消申請書）	
様式３－１：「お茶パックへの代替申込書」	
（乳・乳製品アレルギー用）及び「記入例」	６０、６１
様式３－２：「お茶パックへの代替申込書」	
（食物アレルギー以外で食物を除去する必要がある疾患用）及び「記入例」	６２、６３
様式３－３：「お茶パックの代替取消申請書」 及び「記入例」	６４、６５
様式４：「食物アレルギーに関する調査票（集計）」	６６、６７
様式５：「新年度の給食資料必要数調査票」及び「記入例」	６８～７３
様式６：「交通事故及び学校事故等 第一報報告書」	７４
※アレルギー事故及びヒヤリハット報告書として使用	
様式７：食物アレルギー面談 チェックシート	７５
◆除去食対応の申込書・解除申請書	
文書：「食物アレルギーの除去食対応について」	７６
様式８－１：「除去食対応の申込書」及び「記入例」	７７、７８
様式８－２：「除去食対応の解除申請書」及び「記入例」	７９、８０
様式９：「除去食対応一覧表」	８１

学校長
幼稚園長 各位

多治見市教育委員会

食物アレルギー対応と実態把握についてのお願い

日頃は、学校給食運営にご理解、ご尽力いただき誠にありがとうございます。

見出しの件につきまして、新年度の安全な学校給食提供に備えるため、食物アレルギーのある園児・児童生徒の実態把握についてご協力をお願いいたします。

また、食物アレルギー事故を防ぐため、学校（園）内での体制づくりの推進をお願いいたします。

【食物アレルギー調査の手順】

10月下旬～ 11月下旬	① <u>様式1「食物アレルギー調査票」配付</u> 中学3年生以外の園児・児童生徒に様式1を配付。 ☆新1年生・新入園児は、就学（入園）時健康診断案内時などで配付。 ※学校・園の状況に合わせて配付・回収ください。
12月上旬	② <u>様式1「食物アレルギー調査票」回収</u> 様式1をアレルギーの有無に関わらず全て回収。（学校・幼稚園で保管）
12月下旬	③ <u>様式2「学校生活管理指導表」配付</u> ※学校：食物アレルギー・気管支喘息用、幼稚園：アレルギー疾患用 を使用 様式1で、食物アレルギー、又は食物を除去する必要がある疾患が「1. 有」と回答があった方に様式2「学校生活管理指導表」を配付し提出を求める。 ④ <u>「牛乳パック」から「お茶パック」への代替について対象者に申込書を配付</u> 1.乳・乳製品アレルギー用は、<u>様式3-1</u>を配付し、「学校生活管理指導表」とともに提出を求める。 2.食物アレルギー以外で食物を除去する必要がある疾患用は、<u>様式3-2</u>を配付し、「学校生活管理指導表」の代わりに初年度のみ「<u>医師の診断書</u>」の提出を求める。 3.乳・乳製品アレルギーが解除された場合は、<u>様式3-3</u>を配付し、「牛乳パック」の提供を開始する。（医師の解除指示のみで、診断書は不要）
2月初旬～ 3月初旬	⑤ <u>食物アレルギー対応について保護者と面談を実施する</u> 「学校生活管理指導表」に基づいて保護者と面談。校内食物アレルギー対応委員会を開催し、対応内容を決定後、保護者に確認し全教職員、調理場に周知。 ※除去食対応の対象者には面談時に様式8-1「除去食対応の申込書」を配付し、提出を求める。 ⑥ <u>小学6年生について、進学予定の中学校と情報共有を行う</u> 小学校6年生の「食物アレルギー調査票」「学校生活管理指導表」および各申請書を回収し、入学予定の中学校に送付し情報の共有を行う。 ⑦ <u>様式5「給食資料依頼書」（データ入力）に来年度の給食資料の必要枚数を入力</u> ※小学校6年生は卒業前に新年度分の給食資料を渡せるよう用意をするため、3月初旬までに入力をお願いします。
3月中旬	⑧ <u>各種申込書（お茶パックへの代替、除去食）のコピーを調理場へ提出</u> 各種申込書には確認の押印をお願いします。
4月下旬	⑨ <u>様式1で食物アレルギー、又は食物を除去する必要がある疾患が「1. 有」と回答があったものを、様式4にまとめ、データを食育推進課と共有する</u>

【学校給食におけるアレルギー対応資料】

食物アレルギーのある方は次の資料を配付します。

- ・献立及び材料表
- ・加工食品の原材料明細……加工食品の原材料、アレルギー、コンタミネーションの表示資料です。
- ・盛り付け図……給食の配膳図を示した資料です。
- （除去食献立表……除去食申込者に配付します。）

さらに詳細な資料を希望される方には、下記の追加希望資料を配付します（様式1にて記入）

追加希望資料

- ・コンタミネーションの変更連絡文書
……………「加工品の原材料明細」でコンタミネーションが変更になった場合の連絡資料です。
- ・作業手順表………当日の献立を作る手順資料です。
- ・油のサイクル表…揚げ油の使用予定を記載した資料です。

【書類の種類】※原本は学校保管

- ・様式1 「食物アレルギー調査票」
 - ・様式2 「学校生活管理指導表」
- ※調理場への送付は必要ありません

以下の書類は、確認の押印の上、調理場へコピーの送付をお願いします。

- ・様式3-1、3-2、3-3 お茶パックへの代替申込書・取消申請書
- ・様式8-1、8-2 除去食対応の申込書・解除申請書

【データ入力するもの】

- ・様式4 「食物アレルギーに関する調査票（集計）」
- ・様式5 「給食資料依頼書」

【注意事項】

- ・学校生活管理指導表は、医師の診断のもと毎年提出が必要です。
- ・市内へ転出の場合、各園・学校から転出先へ送付します。
- ・市外から転入の場合は、転入がわかった時に食物アレルギーに関する調査を実施します。

※小学6年生の対応について

小学校：小学校6年生の様式1「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」および各申請書を配付・回収後、入学予定の中学校へ各書類を送付し引き継ぎをお願いします。

※卒業式前日までに、入学予定の中学校用【学校給食におけるアレルギー対応資料】を準備しますので、様式5「給食資料依頼書」に必要数の入力をお願いします

中学校：小学校6年生の様式1「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」および各申請書を小学校から受け取り、保護者との個別面談を実施し、対応内容を決定する。

様式4「食物アレルギーに関する調査票報告」への入力も入学予定の中学校で集計をお願い致します。

【除去食対応について】

令和6年度より多治見市全域で除去食対応が開始となります。

令和6年4月から開始となる学校は以下の通りです。

小学校：精華、共栄、根本、北栄、笠原	中学校：陶都、北陵、笠原	幼稚園：明和、笠原
--------------------	--------------	-----------

- ・対応については、多治見市教育委員会「幼稚園・学校における食物アレルギーマニュアル」に準じて実施する。

多治見市教育委員会事務局 食育推進課 TEL 29-1662(ダイヤルイン)

学校給食における「食物アレルギー調査票」提出のお願い

日頃は、学校給食にご理解、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

多治見市では毎年、新年度の安全な学校給食提供に備えるため、食物アレルギーに関する調査をおこなっています。つきましては、「食物アレルギー調査票」（様式１）を記入し、提出期限までに、学校又は幼稚園にご提出ください。

「食物アレルギー調査票」提出期限 ○年○月○日（○）

【食物アレルギー調査の手順】

1. 「食物アレルギー調査票」（様式１）は食物アレルギーの有無に関わらず全員ご提出ください。
調査票の１．で、食物アレルギーや、食物を除去する必要がある疾患“１．有”と回答があった方



2. 「学校生活管理指導表」を配付しますので、医療機関にご提出いただき、医師の診断に基づきご提出ください。

※「学校生活管理指導表」は医師の診断のもと、毎年提出が必要となります。

3. 乳・乳製品アレルギーまたはアレルギー以外の疾患により「牛乳パック」から「お茶パック」への代替を希望される場合または希望を解除される場合は、下記の書類を提出ください。

①乳・乳製品アレルギーの方

- ・お茶パックへの代替申込書（様式３－１）
- ・「学校生活管理指導表」

②食物アレルギー以外の疾患の方

- ・お茶パックへの代替申込書（様式３－２）
- ・医師の診断書（初年度のみ）

※「診断書」の作成にあたり、費用は保護者様のご負担となりますのであらかじめご承知おきください。

③医師の診断により、乳・乳製品アレルギーが解除された場合

- ・お茶パックの代替取消申請書（様式３－３） ※医師の診断書は不要です

4. 学校給食におけるアレルギー対応確認資料
食物アレルギーのある方は次の資料を配付します。

- ・献立及び材料表
- ・加工食品の原材料明細……加工食品の原材料、アレルゲン、コンタミネーションの表示資料です。
- ・盛り付け図……給食の配膳図を示した資料です。

※除去食献立表……除去食申込者に配付します。

令和6年度より多治見市全域で除去食対応が開始となります。

令和6年4月から開始となる学校・幼稚園は以下の通りです。

小学校：精華、共栄、根本、北栄、笠原 中学校：陶都、北陵、笠原 幼稚園：明和、笠原

さらに詳細な資料を希望される方には、下記の追加希望資料を配付します（様式１の中でご回答ください）

追加希望資料

- ・コンタミネーションの変更連絡文書
………「加工食品の原材料明細」でコンタミネーションが変更になった場合の連絡資料です。
- ・作業手順表………当日の献立を作る手順資料です。
- ・油のサイクル表…揚げ油の使用予定を記載した資料です。

5. 対応内容については「学校生活管理指導表」および「食物アレルギー調査票」に基づき、保護者様と面談後、検討し決定します。

食物アレルギー調査票＜表＞

記入日： 年 月 日

＜確認＞

生卵やそば、キウイフルーツ、ピーナッツ、いくらなど、学校給食で提供されない食品が食物アレルギーのお子さんも、「1. 有り」に○をつけていただき、裏面にご記入ください。調理実習、校外学習、宿泊研修などで必要な情報になります。

(学校) 現学年 年 組 番 (幼稚園)	ふりがな		学校名 (幼稚園名)	
	氏 名		保護者氏名	
組(歳児)				

1. お子さんは食物アレルギー、又は食物を除去する必要がある疾患がありますか。
該当する番号に○をしてください。

1. 有	2. 無
↓	↓
続いて裏面にご記入ください。	これで終了です。

問合せ先
多治見市教育委員会事務局 食育推進課 TEL 29-1662

<裏>

(学校) (幼)	年 組	組 (	番 歳児)	氏名
-------------	--------	--------	----------	----

2. 該当する番号に○をし、アレルギーとなる食品名又は疾患名・食品名を記入してください。・

1	食物アレルギー アレルギーとなる食品名	必要書類
		学校生活管理指導表 (学校:食物アレルギー・気管支喘息用 幼稚園:アレルギー疾患用) ★食物アレルギー調査票回収後、学校より配付します
2	食物アレルギー以外で食物を除去する必要がある疾患 (例 乳糖不耐症、橋本病、腎臓病)など	必要書類
	疾患名	※医師の診断書(初回のみ) ★医療機関を受診し医師の診断書を提出してください。
	食品名	

※診断書にかかる費用は保護者様のご負担となりますのであらかじめご承知おきください。

3. 給食での「牛乳パック」から「お茶パック」への代替を必要としますか。該当するものに○をしてください。

「お茶パックへの代替申請書」			
1	乳・乳製品アレルギー用	必要	必要なし
2	食物アレルギー以外で食物を除去する必要がある疾患用	必要	必要なし

4. 食物アレルギーの状況について記入してください。

アレルギーの状況			
1	コンタミネーションへの配慮	必要	不要
	※コンタミネーションとは 原材料には使用していないが、同じ製造ラインや建物内で製造されていることにより、意図せず微量のアレルゲン混入の可能性があること	必要の場合(食品名)	
2	エピペン所持について	有	無
3	アナフィラキシーショック	有	無
	アナフィラキシーショックを起こしうる食品名	起こしうる食品名	

5. 追加希望資料について記入してください。

	給食資料名	資料内容	*5,6,7は、どちらかに○をつけてください。	
1	献立及び材料表	毎日の献立・使用食品の確認資料	給食の対応が必要な児童生徒に配付	
2	盛り付け図	給食の配膳図を示した資料		
3	加工食品の原材料明細	加工食品の原材料、アレルギー、注意喚起表示の資料		
4	除去食献立表	除去食献立を確認し、対応を記入する資料	除去食申込の児童生徒に配付	
5	注意喚起表示の変更・連絡文書	加工食品の原材料明細で、注意喚起表示が変更になった場合の連絡資料	必要	必要なし
6	作業手順表	当日の献立を作る手順資料	必要	必要なし
7	油のサイクル表	揚げ油の使用予定資料	必要	必要なし

様式1

記入例

令和6年度用

食物アレルギー調査票＜表＞

記入日: 5 年 10 月 1 日

＜確認＞

生卵やそば、キウイフルーツ、ピーナッツ、いくらなど、学校給食で提供されない食品が食物アレルギーのお子さんも、「1. 有り」に○をつけていただき、裏面にご記入ください。調理実習、校外学習、宿泊研修などで必要な情報になります。

(学校) 現学年 6 年 1 組 23 番 (幼稚園)	ふりがな たじみ はなこ	学校名 (幼稚園名) うなかっぱ小学校
組(歳児)	氏 名 多治見 花子	保護者氏名 多治見 太郎

1. お子さんは食物アレルギー、又は食物を除去する必要がある疾患がありますか。
該当する番号に○をしてください。

1. 有	2. 無
-------------	-------------

↓

続いて裏面にご記入ください。

↓

これで終了です。

問合せ先
多治見市教育委員会事務局 食育推進課
TEL 29-1662

<裏>

(学校) 6 年 1 組 23 番
(幼) 組 (歳児)

氏名 多治見 花子

2. 該当する番号に○をし、アレルギーとなる食品名又は疾患名・食品名を記入してください。・

食物アレルギー		必要書類
1	アレルギーとなる食品名 卵、魚卵、乳・乳製品、小麦	学校生活管理指導表 (学校:食物アレルギー・気管支喘息用 幼稚園:アレルギー疾患用) ★食物アレルギー調査票回収後、学校より配付します
2	食物アレルギー以外で食物を除去する必要がある疾患 (例 乳糖不耐症、橋本病、腎臓病)など	必要書類
	疾患名 食品名	※医師の診断書(初回のみ) ★医療機関を受診し医師の診断書を提出してください。

※診断書にかかる費用は保護者様のご負担となりますのであらかじめご承知おください。

3. 給食での「牛乳パック」から「お茶パック」への代替を必要としますか。該当するものに○をしてください。

「お茶パックへの代替申請書」			
1	乳・乳製品アレルギー用	必要	必要なし
2	食物アレルギー以外で食物を除去する必要がある疾患用	必要	必要なし

4. 食物アレルギーの状況について記入してください。

アレルギーの状況			
1	コンタミネーションへの配慮	必要	不要
	※コンタミネーションとは 原材料には使用していないが、同じ製造ラインや建物内で製造されていることにより、意図せず微量のアレルゲン混入の可能性があること	必要の場合(食品名) 卵	
2	エピペン所持について	有	無
3	アナフィラキシーショック	有	無
	アナフィラキシーショックを起こしうる食品名	小麦	

5. 追加希望資料について記入してください。

給食資料名		資料内容	*5,6,7は、どちらかに○をつけてください。	
1	献立及び材料表	毎日の献立・使用食品の確認資料	給食の対応が必要な児童生徒に配付	
2	盛り付け図	給食の配膳図を示した資料		
3	加工食品の原材料明細	加工食品の原材料、アレルギー、注意喚起表示の資料		
4	除去食献立表	除去食献立を確認し、対応を記入する資料	除去食申込の児童生徒に配付	
5	注意喚起表示の変更・連絡文書	加工食品の原材料明細で、注意喚起表示が変更になった場合の連絡資料	必要	必要なし
6	作業手順表	当日の献立を作る手順資料	必要	必要なし
7	油のサイクル表	揚げ油の使用予定資料	必要	必要なし

主治医 様

多治見市教育委員会

「学校生活管理指導表」等に関するお願い

多治見市の学校給食では、安全な学校給食の提供をおこなうため、食物アレルギーのあるお子さんに対して、医師の診断に基づく「学校生活管理指導表」の提出を必須としています。

つきましては、食物アレルギー疾患や、食物を除去する必要がある疾患のあるお子さんに対してお取り計らいをお願いいたします。

なお、乳糖不耐症等の疾患のため、食物を除去する必要がある場合は、「学校生活管理指導表」と「医師の診断書」の提出をお願いしております。診断書作成費用については、文書料が必要となることを保護者に周知しております。

記

1. 学校生活管理指導表

食物アレルギーの検査・診断の結果に基づき、「病型・治療」「学校生活上の留意点」「医療機関名」の欄をご記入ください。

特に、アドレナリン自己注射薬（エピペン®）を所持している場合は、「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）」「D.緊急時に備えた処方薬の記載をお願いいたします。

学校・幼稚園より学校生活管理指導表を配付します。

小・中学校	学校生活管理指導表（食物アレルギー・気管支喘息用）岐阜県
幼稚園	学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

2. 除去食対応の申込書

多治見市では、令和6年度よりすべての学校・幼稚園にて、除去食対応が開始となります。
除去食対応を希望される場合「除去食対応の申込書」を保護者様に記入、提出していただくこととなっています。

同意内容について、問い合わせの際はご指導をお願いいたします。

多治見市の除去食対応実施校一覧

令和5年9月時点	小学校：滝呂、池田、養正、脇之島、市之倉、昭和、小泉、南姫 中学校：多治見、平和、南ヶ丘、小泉、南姫 幼稚園：養正、昭和、精華愛児
令和6年4月開始	小学校：精華、共栄、根本、北栄、笠原 中学校：陶都、北陵、笠原 幼稚園：明和、笠原

食物アレルギーのある
園児・児童生徒の
保護者の方へ

A 医師が診断結果に基づいて、園児・児童生徒のアレルギー疾患の情報を記載するためのものです。学校（園）が食物アレルギーのある園児・児童生徒への対応を行う際、個々の症状等を正しく把握する必要があります。学校（園）生活上の留意点を踏まえて適切な対応を考えていきます。

[illegible]

病型・治療、学校生活上の留意点は、特に重要です。
専門医に診断を受けることをお勧めします。

食物アレルギーのある園児・児童生徒の方は必ず学校生活管理指導表を提出してください。

提出期限 ●年●月●日（●）

Q 学校生活管理指導表はだれがどこへ出すの？

A 医療機関で食物アレルギーがあると診断された場合、医師が食物アレルギーに関する情報を記載し、保護者が学校(園)に提出します。

また、面談で決まった内容や学校生活管理指導表の内容については、全ての職員で共有します。

学校生活管理指導表を提出することで…

- 医師による正しい診断を基に、適切な対応をすることができます。
- 不必要な制限をしないで済むことがあります。
- 安全で楽しい学校（園）生活を送ることにつながります。



学校（園）生活の中で、食品を扱う授業や活動には…

学校給食の対応

- 詳細な献立表対応（配付）
- 弁当対応（一部・完全）
- 除去食対応
- 代替食対応（牛乳からお茶への代替）



食品を扱う教科等

- 家庭科（調理実習）
- 生活科（食に関する）
- 総合的な学習の時間（食に関する）
- 図工（小麦粘土、牛乳パックなど）
- 学級活動・学校行事（節分）など



校外学習等

- 社会見学（食品工場）
- 遠足（おやつ・弁当）
- 野外教育活動（キャンプ、自然教室など）
- 修学旅行など



宿泊を伴う場合

宿泊を伴う野外活動や修学旅行などは宿泊先と連絡をとる必要があるため、学校と事前に打ち合わせをしましょう。

内服薬・エピペン®などの保管について

内服薬やエピペン®などを職員室で保管するのか、保健室で保管するのか、かばんの中に入れておくのかなど、学校と相談して決めましょう。

幼稚園・学校における食物アレルギー対応のための基本的な流れ（例）

- ① 「食物アレルギー調査票」で、学校（園）に食物アレルギーがあることを知らせます。食物アレルギー対応が必要な場合は「学校生活管理指導表」の用紙を学校（園）からもらいましょう。（他にも食物アレルギーに関する申請書等があります。）
- ② かかりつけ医を受診して正確な診断を受け、学校生活管理指導表を書いてもらい、学校（園）に提出しましょう。
- ③ 実際の対応について学校（園）と面談します。毎日の学校給食や授業・活動、行事等の場面で食物アレルギーに対する配慮や対応が必要になることが考えられます。学習や活動の内容、食事内容など十分に相談しておきましょう。
- ④ 学校（園）は面談の内容を踏まえて「個別の取組プラン」等を作成します。
- ⑤ 学校（園）が作成した「個別の取組プラン」等は、学校（園）の食物アレルギー対応委員会で検討され、実際の対応が決定されます。

幼稚園・学校における食物アレルギー対応 毎月の流れ（例）

- ① 献立表の「献立及び材料表」で、お子さんのアレルゲンとなる食品がないか確認をします。
- ② 献立及び材料表の※印の食品については「加工食品の原材料明細」を確認します。
- ③ 学校から「盛り付け図」を家庭用・学校用として2枚配付します。
- ④ 保護者は「盛り付け図」に対応内容を記入し学校用を学級担任に提出します。
- ⑤ 学級担任と養護教諭が「盛り付け図」を確認し、必要があれば保護者へ再確認後決定した献立を共有します。

※除去食申込者は「盛り付け図」の他に「除去食献立表」も2枚配付されます。「盛り付け図」と同様に学校へ提出します 学級担任・養護教諭が確認後、栄養教諭・学校栄養職員は内容を確認し、必要があれば学校を通じ保護者へ確認します。

学校名		氏名		生年月日	
-----	--	----	--	------	--

保護者の方へ

- ＊この管理指導表は学校生活において配慮が必要だと思われる場合に使用されるものであり、主治医の先生に記入していただいでください。
- ＊学校における日常の取組および緊急時の対応に活用するために、本票に記載された内容を学校の全教職員および関係機関などで共有することに同意します

署名

主治医の先生へ（管理表記入の際の参考にしてください）

学校生活管理指導表（食物アレルギー）活用の手引き

「病型・治療」について

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**：原因食物を食べて2時間以内に症状が出現した場合です。
2. **口腔アレルギー症候群**：果物や野菜、木の実類に対するアレルギーに多い病型で、食後5分以内に口唇や口腔内の症状（のどのかゆみ、ヒリヒリするイガイガする、腫れぼったいなど）が出現します。多くは局所の症状だけで回復に向かいます。花粉に対するアレルギーに伴って発症することがよくあります。
3. **食物依存性運動誘発アナフィラキシー**：原因となる食物を摂取した後、通常は2～4時間以内に一定量の運動をすることによって、アナフィラキシー症状が出現します。アナフィラキシーの診断は、後述しますので参照してください。

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）

アナフィラキシーの既往がある場合には、それが乳児期に出現した場合であってもここに記載されています。既往があっても現時点でその食物を摂取することができている場合もありますので、アナフィラキシーの既往のある食物すべてが除去というわけではありません。

アナフィラキシーの診断基準はいろいろありますが、使いやすいものとして日本小児アレルギー学会が提唱した基準が挙げられます。すなわち、食物アレルギー症状の重症度分類の表の中で、グレード3（重症）の症状が一つでもあり、そのほかの臓器にグレード1（軽症）またはグレード2（中等症）の症状が一つでもあればアナフィラキシーと診断されます。あるいは、グレード2（中等症）の症状が複数臓器に認められた場合にもアナフィラキシーと診断されます。また、急速に血圧が低下した場合、ほかに症状が見られなくてもアナフィラキシーショックと診断

されます。アナフィラキシーは命に危険を及ぼすような状態ですので、しっかり理解しておいていただく必要があります。

1. 食物（原因）：アナフィラキシーをきたした原因食物が記載されています。
2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー：原因を書く欄はありませんが、原因となった食物が記載されています。
3. 運動誘発アナフィラキシー：運動によって誘発されたアナフィラキシーです。食物との関連はありません。
4. 昆虫：蜂などによって発症したアナフィラキシーです。わかる場合には蜂の種類など、原因が記載されています。
5. 医薬品：医薬品が原因の場合です。原因となった医薬品が記載されています。
6. その他：ラテックスなどそのほかの原因で発症したアナフィラキシーの場合には、ここに記載されています。

C 原因食物・診断根拠

ここでは給食で除去食対応などの管理が必要な食物について記載されています。血液検査の特異IgE値は臨床上、参考になり、診療に必要な時に行う検査ですが、この指導表を作成する際に必須というものではありません。

原因となった食物の番号に○が付いています。その診断根拠を、①明らかな症状の既往、②食物負荷試験、③IgE抗体等検査陽性で示されています。皮膚試験で陽性の場合も、③で示されています。重症患児で除去食物が多く、その食品を摂取したことがない場合は④《未摂取》と記載されています。給食で除去食対応など、配慮をお願いします。

D 緊急時に備えた処方薬

医療機関で処方された薬を薬局で受け取る際に、後発品である場合など、商品名が違っていることがあります。またセレスタミンのような「抗ヒスタミン薬」と「ステロイド薬」の合剤の場合、この両方に○が付いていても1剤ですので、注意してください。エビペン®が処方されている場合は0.15mgか0.3mgの記載もしてください。

「学校生活上の留意点」について

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 宿泊を伴う校外活動について、管理不要か、管理必要を主治医が判断してください。

E 原因物質を除去する場合に、より厳しい除去が必要なものに、該当するものがあれば記入してください。ただし、一般的にはその食品にアレルギーがあっても一般的に摂取可能である場合が多いものが列挙されています。ここに記入があるということは厳格な管理を必要とする重症であるということを示します。

F その他の配慮・管理事項

自由記載で留意点が記載されています。加熱卵の摂取は可能であり、給食では管理が必要ない場合でも、調理実習や修学旅行などで生卵や半熟卵の摂取や扱いに注意が必要な場合は、ここに記載されています。

「緊急時連絡先」

連絡医療機関に記載する医療機関名は、緊急時の対応医療機関です。この管理表を記載された医療機関の場合もありますが、主治医の医療機関が入院施設でない場合、入院は可能であるが遠方である場合は、緊急時の救急搬送の受け入れ先として学校近くの入院可能な医療機関が望まれます。事前に患児がその医療機関を受診していれば連携しやすくなります。

緊急時連絡先が空欄の場合は、搬送先は救急隊員の判断になります。

またエビペン®を所持している場合など、自治体によっては保護者の同意のもと、事前に救急隊に情報提供しておくことが可能な場合もあります。

＊アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎について対応が必要であれば別途、指導管理表（別様式）を提出してください。

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
※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。

様式2 学校用 (裏)

提出日 年 月 日

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 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 B アナフィラキシー病型(アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載) 1. 食物 (原因)) 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3. 運動誘発アナフィラキシー 4. 昆虫 () 5. 医薬品 () 6. その他 () C 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】 該当するものを全てを《 》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. 木の実類 《 》(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 《 》() D 緊急時に備えた処方箋 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 ()	学校生活上の留意点 A 給食 1. 管理不要 2. 管理必要 B 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要 C 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要 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)	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
	病型・治療 A 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良 B-1 長期管理薬(吸入) 薬剤名 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 () () B-2 長期管理薬(内服) 薬剤名 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 () 2. その他 () B-3 長期管理薬(注射) 薬剤名 1. 生物学的製剤 () C 発作時の対応 薬剤名 投与量/日 1. ベータ刺激薬吸入 () () 2. ベータ刺激薬内服 () ()	学校生活上の留意点 A 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要 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 C 宿泊を伴う校外活動 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)	

(公財)日本学校保健会 作成

名前 (男・女)

小学校	年 組	・変更なし ・変更あり (ありの場合は変更内容を記入してください)	記載日： 年 月 日 医療機関名・医師名
	年 組	・変更なし ・変更あり (ありの場合は変更内容を記入してください)	記載日： 年 月 日 医療機関名・医師名
	年 組	・変更なし ・変更あり (ありの場合は変更内容を記入してください)	記載日： 年 月 日 医療機関名・医師名
	年 組	・変更なし ・変更あり (ありの場合は変更内容を記入してください)	記載日： 年 月 日 医療機関名・医師名
	年 組	・変更なし ・変更あり (ありの場合は変更内容を記入してください)	記載日： 年 月 日 医療機関名・医師名
	年 組	・変更なし ・変更あり (ありの場合は変更内容を記入してください)	記載日： 年 月 日 医療機関名・医師名
中学校	年 組	・変更なし ・変更あり (ありの場合は変更内容を記入してください)	記載日： 年 月 日 医療機関名・医師名
	年 組	・変更なし ・変更あり (ありの場合は変更内容を記入してください)	記載日： 年 月 日 医療機関名・医師名
	年 組	・変更なし ・変更あり (ありの場合は変更内容を記入してください)	記載日： 年 月 日 医療機関名・医師名

【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 幼稚園 組 (歳児) 提出日 年 月 日
※この生活管理指導表は、園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。

55	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 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 B アナフィラキシー病型(アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載) 1. 食物 (原因) 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3. 運動誘発アナフィラキシー 4. 昆虫 () 5. 医薬品 () 6. その他 () C 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. 木の実類 《 》(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 《 》() 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 ()	園生活上の留意点 A 給食 1. 管理不要 2. 管理必要 B 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要 C 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要 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)	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 印		医療機関名		
(公財)日本学校保健会 作成	気管支ぜん息 (あり・なし)	病型・治療 A 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良 B-1 長期管理薬(吸入) 薬剤名 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 () () B-2 長期管理薬(内服) 薬剤名 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 () 2. その他 () B-3 長期管理薬(注射) 薬剤名 1. 生物学的製剤 () C 発作時の対応 薬剤名 投与量／日 1. ベータ刺激薬吸入 () () 2. ベータ刺激薬内服 () ()	園生活上の留意点 A 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要 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 C 宿泊を伴う校外活動 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)	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 印		医療機関名		

【裏】学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)

様式2 幼稚園用(裏)

名前 _____ (男・女) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 幼稚園 _____ 組(_____ 歳児) _____ 提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

アトピー性皮膚炎 (あり・なし)	病型・治療		園生活上の留意点		記載日
	A 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、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変		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		年 月 日
	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 ()		B-2 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他 []	B 動物との接触 1. 管理不要 2. 管理必要	医師名 _____
	B-3 常用する注射薬 1. 生物学的製剤		C 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要	医療機関名 _____	
アレルギー性結膜炎 (あり・なし)	病型・治療		園生活上の留意点		記載日
	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. アトピー性角結膜炎 5. その他 ()		A プール指導 1. 管理不要 2. 管理必要		年 月 日
	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 ()		B 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要		医師名 _____
			C その他の配慮・管理事項(自由記載)		医療機関名 _____
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)	病型・治療		園生活上の留意点		記載日
	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		A 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要		年 月 日
	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 ()		B その他の配慮・管理事項(自由記載)		医師名 _____
					医療機関名 _____

幼稚園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 _____

【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 幼稚園 組(歳児) 提出日 年 月 日
※この生活管理指導表は、園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。

57	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 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 B アナフィラキシー病型(アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載) 1. 食物 (原因) 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3. 運動誘発アナフィラキシー 4. 昆虫 () 5. 医薬品 () 6. その他 () C 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 《 》 2. 牛乳・乳製品 《 》 3. 小麦 《 ① 》 4. ソバ 《 》 5. ピーナッツ 《 》 6. 甲殻類 《 》 7. 木の実類 《 》 8. 果物類 《 》 9. 魚類 《 》 10. 肉類 《 》 11. その他1 《 》 12. その他2 《 》 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 ()	園生活上の留意点 A 給食 1. 管理不要 2. 管理必要 B 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要 C 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要 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) 6枚切りのパンを2枚食べても問題なし	★保護者 多治見 志野 電話: 090-1111-XXXX ★連絡医療機関 医療機関名: △△△総合病院 電話: 0572-99-XXXX 記載日 令和〇 年 〇〇月 〇〇日 医師名 土岐 織部 印 医療機関名 ○〇〇クリニック
		病型・治療 A 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良 B-1 長期管理薬(吸入) 薬剤名 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 () () B-2 長期管理薬(内服) 薬剤名 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 () 2. その他 () B-3 長期管理薬(注射) 薬剤名 1. 生物学的製剤 () C 発作時の対応 薬剤名 投与量/日 1. ベータ刺激薬吸入 () () 2. ベータ刺激薬内服 () ()	園生活上の留意点 A 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要 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 C 宿泊を伴う校外活動 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)	★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 印 医療機関名

【裏】学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)

様式2 記入例

名前 _____ (男・女) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 幼稚園 _____ 組(_____ 歳児) _____ 提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

アトピー性皮膚炎 (あり・なし)	病型・治療		園生活上の留意点		記載日
	A 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、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変		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		年 月 日
	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 ()		B-2 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他 []	B 動物との接触 1. 管理不要 2. 管理必要	医師名 _____
	B-3 常用する注射薬 1. 生物学的製剤		C 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要	医療機関名 _____	
アレルギー性結膜炎 (あり・なし)	病型・治療		園生活上の留意点		記載日
	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. アトピー性角結膜炎 5. その他 ()		A プール指導 1. 管理不要 2. 管理必要		年 月 日
	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 ()		B 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要		医師名 _____
			C その他の配慮・管理事項(自由記載)		医療機関名 _____
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)	病型・治療		園生活上の留意点		記載日
	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		A 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要		年 月 日
	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 ()		B その他の配慮・管理事項(自由記載)		医師名 _____
					医療機関名 _____

幼稚園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 多治見 志野

多治見市の食物アレルギー対応は「完全除去対応」を基本とします。ただし、卵と乳については特例を設けています。医師より、アレルギーを含む食材を給食で食べることができると診断された場合は、学校給食管理指導表のF. その他の配慮・管理事項（自由記述）欄に、下記の記載例（ ）のとおり医師に書いていただけてください。

【表】学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

氏名 (男・女) 年 月 日 幼稚園 給食 経過 提出日 年 月 日

※この生活管理指導表は、園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。

病歴・治療		園生活上の留意点		備考	
A 食物アレルギー疾患（食物アレルギーありの場合のみ記載） 1. 卵アレルギー（卵黄） 2. 卵アレルギー（卵白） 3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 4. アナフィラキシー（アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載） 5. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 6. 運動誘発アナフィラキシー 7. 食物アレルギー（卵黄） 8. 食物アレルギー（卵白） 9. 食物アレルギー（卵黄・卵白） 10. その他1 11. その他2		園生活上の留意点 1. 卵黄 2. 卵白 3. 卵黄・卵白 4. 卵黄・卵白を除去した食品 5. 卵黄・卵白を除去した食品 6. 卵黄・卵白を除去した食品 7. 卵黄・卵白を除去した食品 8. 卵黄・卵白を除去した食品 9. 卵黄・卵白を除去した食品 10. 卵黄・卵白を除去した食品 11. 卵黄・卵白を除去した食品 12. 卵黄・卵白を除去した食品		多治見 志野 電話 090-1111-XXXX 連絡先機関 連絡先機関 電話 0572-99-XXXX 令和〇 年 〇〇 月 〇〇 日 医師 土岐 織部 〇〇〇クリニック	
B 薬物アレルギー疾患（該当する食品の名称に〇をし、かつ「1」に除去特効薬を記載） 1. 卵黄 2. 卵白 3. 卵黄・卵白 4. アナフィラキシー（アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載） 5. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 6. 運動誘発アナフィラキシー 7. 食物アレルギー（卵黄） 8. 食物アレルギー（卵白） 9. 食物アレルギー（卵黄・卵白） 10. その他1 11. その他2		園生活上の留意点 1. 卵黄 2. 卵白 3. 卵黄・卵白 4. 卵黄・卵白を除去した食品 5. 卵黄・卵白を除去した食品 6. 卵黄・卵白を除去した食品 7. 卵黄・卵白を除去した食品 8. 卵黄・卵白を除去した食品 9. 卵黄・卵白を除去した食品 10. 卵黄・卵白を除去した食品 11. 卵黄・卵白を除去した食品 12. 卵黄・卵白を除去した食品		〇〇〇クリニック	
C 薬物アレルギー疾患（該当する食品の名称に〇をし、かつ「1」に除去特効薬を記載） 1. 卵黄 2. 卵白 3. 卵黄・卵白 4. アナフィラキシー（アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載） 5. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 6. 運動誘発アナフィラキシー 7. 食物アレルギー（卵黄） 8. 食物アレルギー（卵白） 9. 食物アレルギー（卵黄・卵白） 10. その他1 11. その他2		園生活上の留意点 1. 卵黄 2. 卵白 3. 卵黄・卵白 4. 卵黄・卵白を除去した食品 5. 卵黄・卵白を除去した食品 6. 卵黄・卵白を除去した食品 7. 卵黄・卵白を除去した食品 8. 卵黄・卵白を除去した食品 9. 卵黄・卵白を除去した食品 10. 卵黄・卵白を除去した食品 11. 卵黄・卵白を除去した食品 12. 卵黄・卵白を除去した食品		〇〇〇クリニック	
D 薬物アレルギー疾患（該当する食品の名称に〇をし、かつ「1」に除去特効薬を記載） 1. 卵黄 2. 卵白 3. 卵黄・卵白 4. アナフィラキシー（アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載） 5. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 6. 運動誘発アナフィラキシー 7. 食物アレルギー（卵黄） 8. 食物アレルギー（卵白） 9. 食物アレルギー（卵黄・卵白） 10. その他1 11. その他2		園生活上の留意点 1. 卵黄 2. 卵白 3. 卵黄・卵白 4. 卵黄・卵白を除去した食品 5. 卵黄・卵白を除去した食品 6. 卵黄・卵白を除去した食品 7. 卵黄・卵白を除去した食品 8. 卵黄・卵白を除去した食品 9. 卵黄・卵白を除去した食品 10. 卵黄・卵白を除去した食品 11. 卵黄・卵白を除去した食品 12. 卵黄・卵白を除去した食品		〇〇〇クリニック	
E 薬物アレルギー疾患（該当する食品の名称に〇をし、かつ「1」に除去特効薬を記載） 1. 卵黄 2. 卵白 3. 卵黄・卵白 4. アナフィラキシー（アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載） 5. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 6. 運動誘発アナフィラキシー 7. 食物アレルギー（卵黄） 8. 食物アレルギー（卵白） 9. 食物アレルギー（卵黄・卵白） 10. その他1 11. その他2		園生活上の留意点 1. 卵黄 2. 卵白 3. 卵黄・卵白 4. 卵黄・卵白を除去した食品 5. 卵黄・卵白を除去した食品 6. 卵黄・卵白を除去した食品 7. 卵黄・卵白を除去した食品 8. 卵黄・卵白を除去した食品 9. 卵黄・卵白を除去した食品 10. 卵黄・卵白を除去した食品 11. 卵黄・卵白を除去した食品 12. 卵黄・卵白を除去した食品		〇〇〇クリニック	
F その他の配慮・管理事項（自由記述） 給食のパンは食べても問題なし		園生活上の留意点 1. 卵黄 2. 卵白 3. 卵黄・卵白 4. 卵黄・卵白を除去した食品 5. 卵黄・卵白を除去した食品 6. 卵黄・卵白を除去した食品 7. 卵黄・卵白を除去した食品 8. 卵黄・卵白を除去した食品 9. 卵黄・卵白を除去した食品 10. 卵黄・卵白を除去した食品 11. 卵黄・卵白を除去した食品 12. 卵黄・卵白を除去した食品		〇〇〇クリニック	

◆卵のアレルギー

①卵料理が食べられる場合

加熱卵なら1個食べても問題なし

または

加熱卵で鶏卵1個は食べられることを
負荷試験で確認済み

②マヨネーズが食べられる場合

マヨネーズは可

※カサネとマヨネーズの両方が食べられる場合は、
てもらってください。

カサネとマヨネーズが食べられる と記入し

◆乳・乳製品のアレルギーの場合

※①、②どちらも、飲用牛乳をお茶パックに代替することが条件です

①パンを含めた乳・乳製品料理を食べることができている場合

牛乳 200ml まではOK

または

牛乳を 200ml 飲むことを
負荷試験で確認済み

②パンのみ食べられる場合※

給食のパンは食べても問題なし

※以下の量を食べてもアレルギー症状が出ないことが条件です。

【給食のパンの提供が可能となる基準】

市販の食パン1斤を6枚に切った6枚切りのパン

幼稚園：1枚、小学校1～4年生：1枚半、小学校5・6年、中学生：2枚

様式3-1

年度用

年 月 日

学校長
幼稚園長 様

教育委員会		学校・幼稚園	
食育推進課	調理場 (栄養士)	校長 (園長)	養護教諭 (副園長)
印	印	印	印

お茶パックへの代替申込書 (乳・乳製品アレルギー用)

●学校給食での「牛乳パック」の飲用を中止し「お茶パック」への代替を申込みます。

学校(幼稚園)名	学校・幼稚園	
新 学 年	年	組 番
ふ り が な		
園児・児童・生徒氏名		
保護者氏名	印	

※ 医師の診断に基づく「学校生活管理指導表」と一緒に提出してください。

様式3-1

記入例

年度用

学校長
幼稚園長 様

年 月 日

記入日をご記入ください

教育委員会		学校・幼稚園	
食育推進課	調理場 (栄養士)	校長 (園長)	養護教諭 (副園長)
印	印	印	印

お茶パックへの代替申込書 (乳・乳製品アレルギー用)

●学校給食での「牛乳パック」の飲用を中止し「お茶パック」への代替を申込みます。

学校(幼稚園)名	うながっぱ中	学校・幼稚園
新学年	1年	組 番
ふりがな	たじみ はなこ	
園児・児童・生徒氏名	多治見 花子	
保護者氏名	多治見 太郎	印

太枠のみご記入ください。
保護者氏名の欄には押
印をお願いします。

※ 医師の診断に基づく「学校生活管理指導表」と一緒に提出してください。

様式3-2

年度用

年 月 日

学校長
幼稚園長 様

教育委員会		学校・幼稚園	
食育推進課	調理場 (栄養士)	校長 (園長)	養護教諭 (副園長)
印	印	印	印

お茶パックへの代替申込書 (食物アレルギー以外で食物を除去する必要がある疾患用)

●学校給食での「牛乳パック」の飲用を中止し「お茶パック」への代替を申込みます。

学校(幼稚園)名	学校・幼稚園	
新 学 年	年	組 番
ふ り が な		
園児・児童・生徒氏名		
疾患名		
保護者氏名	印	

※ 医師の診断書(初年度のみ)と一緒に提出してください。

様式3-2

記入例

年度用

学校長
幼稚園長 様

年 月 日

記入日をご記入ください

会		学校・幼稚園	
食育推進課	調理場 (栄養士)	校長 (園長)	養護教諭 (副園長)
印	印	印	印

お茶パックへの代替申込書 (食物アレルギー以外で食物を除去する必要がある疾患用)

●学校給食での「牛乳パック」の飲用を中止し「お茶パック」への代替を申込みます。

学校(幼稚園)名	うながっば中	学校・幼稚園
新学年	1年	組 番
ふりがな	たじみ はなこ	
園児・児童・生徒氏名	多治見 花子	
疾患名	乳糖不耐症	
保護者氏名	多治見 太郎	印

太枠のみご記入ください。
保護者氏名の欄には押
印をお願いします。

※ 医師の診断書(初年度のみ)と一緒に提出してください。

様式3-3

年度用

年 月 日

学校長
幼稚園長 様

教育委員会		学校・幼稚園	
食育推進課	調理場 (栄養士)	校長 (園長)	養護教諭 (副園長)
印	印	印	印

お茶パックの代替取消申請書

●学校給食での「牛乳パック」の飲用を中止していましたが、医師の診断により牛乳の飲用が可能となりましたので「お茶パック」の代替取消を申請します。

学校（幼稚園）名	学校・幼稚園	
新 学 年	年	組 番
ふ り が な		
園児・児童・生徒氏名		
保護者氏名	印	

※ 申請後一週間程度変更に時間がかかることがありますのでご承知おきください。

様式3-3

記入例

年度用

年 月 日

学校長
幼稚園長 様

記入日をご記入ください

委員会		学校・幼稚園	
食育推進課	調理場 (栄養士)	校長 (園長)	養護教諭 (副園長)
印	印	印	印

お茶パックの代替取消申請書

●学校給食での「牛乳パック」の飲用を中止していましたが、医師の診断により牛乳の飲用が可能となりましたので「お茶パック」の代替取消を申請します。

学校（幼稚園）名	うながっば中	学校・幼稚園
新 学 年	1 年	組
ふ り が な	た じ み	は な こ
園児・児童・生徒氏名	多治見	花子
保護者氏名	多治見	太郎 印

太枠のみご記入ください。
保護者氏名の欄には押
印をお願いします。

※ 申請後一週間程度変更に時間がかかることがありますのでご承知おきください。

[illegible]

○年度食物アレルギーに関する調査票（集計）

[illegible]

様式5(幼稚園)
 新年度の給食資料必要数調査票

① 新年度の給食資料について、必要枚数を入力してください。
 ※新入園の園児の数も含めて入力をお願いします。

幼稚園名		献立及び 材料表	加工食品の 原材料明細	盛り付け図	コンタミネーション の変更連絡文書	作業手順表	油の サイクル表	除去食 献立表
	園児用							
	職員用 など							
合計（自動計算）		0	0	0	0	0	0	0

① 新年度の給食資料について、必要枚数を入力してください。

※新入園の園児の数も含めて入力をお願いします。

幼稚園名		献立及び 材料表	加工食品の 原材料明細	盛り付け図	コンタミネーション の変更連絡文書	作業手順表	油の サイクル表	除去食 献立表
養正幼稚園	園児用	4	4	8	1	1	1	1
	職員用 など	2	2	2	1	1	1	0
合計（自動計算）		6	6	10	2	2	2	1

幼稚園名を選択してください

各給食資料ごとに
必要な枚数を入力してください

様式5（小学校）
新年度の給食資料必要数調査票

① 新年度の給食資料について、必要枚数を入力してください。（新1～新6年生、その他必要分）

学校名		献立及び 材料表	加工食品の 原材料明細	盛り付け図	コンタミネーション の変更連絡文書	作業手順表	油の サイクル表	除去食 献立表
	児童用							
	職員用 など							
合計（自動計算）		0	0	0	0	0	0	0

② 新中学1年生の給食資料について、必要枚数を入力してください

※市内の公立中学校に進学する児童については卒業前に給食資料を配付します。進学先の中学校によって、給食資料の内容が変わる場合があります。進学予定の中学校名、各給食資料の枚数を入力してください。

進学予定中学校名	献立及び 材料表	加工食品の 原材料明細	盛り付け図	コンタミネーション の変更連絡文書	作業手順表	油の サイクル表	除去食 献立表
合計（自動計算）		0	0	0	0	0	0

【中学校への進学例】

北栄小→北陵中
精華小→陶都中
脇之島小→南ヶ丘中
市之倉小→南ヶ丘中
昭和~~小~~→平和中・南ヶ丘中
笠原小→笠原中
滝呂小→多治見中
共栄~~小~~→陶都中・北陵中
小泉小→小泉中
根本~~小~~→北陵中・小泉中・南姫中
南姫小→南姫中
池田~~小~~→平和中・小泉中
養正小→多治見中

様式5（小学校）
新年度の給食資料必要数調査票

記入例

① 新年度の給食資料について、必要枚数を入力してください。（新1～新6年生、その他必要分）

学校名		献立及び 材料表	加工食品の 原材料明細	盛り付け図	コンタミネーション の変更連絡文書	作業手順表	油の サイクル表	除去食 献立表
根本小学校	児童用	2	2	4	1	1	1	0
	職員用 など	2	2	2	1	1	1	0
合計（自動計算）		4	4	6	2	2	2	0

各給食資料ごとに必要な枚数を入力してください

② 新中学1年生の給食資料について、必要枚数を入力してください

※市内の公立中学校に進学する児童については卒業前に給食資料を配付します。進学先の中学校によって、給食資料の内容が変わる場合があります。進学予定の中学校名、各給食資料の枚数を入力してください。

学校名を選択してください

進学予定中学校名	献立及び 材料表	加工食品の 原材料明細	盛り付け図	コンタミネーション の変更連絡文書	作業手順表	油の サイクル表	除去食 献立表
北陵中学校	1	1	2	1	1	1	0
小泉中学校	3	3	6				
南姫中学校	2	2	4				
合計（自動計算）	6	6	12	1	1	1	0

進学する中学校ごとの配付数

【中学校への進学例】

北栄小→北陵中
精華小→陶都中
脇之島小→南ヶ丘中
市之倉小→南ヶ丘中
昭和小→平和中・南ヶ丘中
笠原小→笠原中
滝呂小→多治見中
共栄小→陶都中・北陵中
小泉小→小泉中
根本小→北陵中・小泉中・南姫中
南姫小→南姫中
池田小→平和中・小泉中
養正小→多治見中

様式5（中学校）
新年度の給食資料必要数調査票

① 新年度の給食資料について、必要枚数を入力してください。（新2～新3年生、その他必要分）

学校名		献立及び 材料表	加工食品の 原材料明細	盛り付け図	コンタミネーション の変更連絡文書	作業手順表	油の サイクル表	除去食 献立表
	生徒用							
	職員用 など							
合計（自動計算）		0	0	0	0	0	0	0

※4月の給食資料のみ、新1年生は小学校で受け取ります。5月からは新1年生の分を足した数が配付されます。

様式5（中学校）
新年度の給食資料必要数調査票

記入例

① 新年度の給食資料について、必要枚数を入力してください。（新2～新3年生、その他必要分）

中学校名を選択してください

学校名		献立及び 材料表	加工食品の 原材料明細	盛り付け図	コンタミネーション の変更連絡文書	作業手順表	油の サイクル表	除去食 献立表
陶都中学校	生徒用	3	3	6	1	1	1	0
	職員用 など	2	2	2	1	1	1	0
合計（自動計算）		5	5	8	2		2	0

※4月の給食資料のみ、新1年生は小学校で受け取ります。5月からは新1年生の分を足した数が配付されます。

各給食資料ごとに
必要な枚数を入力してください

交通事故及び学校事故等 第一報報告書

年 月 日

学 校 名・報告者名 _____ ・
市町村名・報告者名 _____ ・
事務所名・報告者名 _____ ・

☐交通事故 ☐学校事故 ☐水難事故 ☐その他（ ）

[illegible]

◆注意事項

- ※1 事故を把握した時点で速やかに第一報を提出すること（手書でもよい。）
 ※2 事故状況やけがの把握程度によっては、第一報に追記して続報を提出すること
 なお、重大事故については、後日、文書で「児童生徒の事故に関する報告書」を提出すること
 ※3 各市町村教育委員会へFAXまたは電子メールで送信した後、確認の電話連絡をすること

様式 7

食物アレルギー面談 チェックシート

児童生徒(園児)氏名

「食物アレルギー対応について（保護者用）」をお読みいただき、確認した項目に✓を付けてください。

学校給食で使用しない食品について		ページ
☐	学校給食では、そば、落花生、くるみ、かに、アーモンド、カシューナッツ、キウイフルーツ、山芋、いくらは提供しません。	1
調理場内のコンタミネーションについて		
☐	調理場内はコンタミネーション（微量混入）が起こりうる環境であり、食器や調理器具、調理機器の洗浄は丁寧に行いますが、使用した食品の完全な除去はできません。	
☐	揚げ油は、毎回新しい油とは限りません。揚げ油により症状が出てしまう場合は油のサイクル表などで使用状況を確認し、ご判断ください。	
学校給食の完全除去対応について		
☐	安全性を最優先とし、卵・乳・小麦・えびについては完全除去対応（提供するかないか）を基本とします。（卵・乳は一部特例あり）	2
食物アレルギー対応の種類について		
☐	対応方法として、無配膳対応、弁当対応、除去食対応、代替食対応（牛乳からお茶パックへ）の4種類があります。	6
☐	除去食対応の対応食品は卵、乳・乳製品、えびです。提供には条件があります。	8、9
☐	牛乳からお茶パックへの代替対応は食物アレルギーまたは、乳糖不耐症などの疾患が原因の場合に申し込みができます。	10
給食資料について		
☐	給食資料対応の流れ・盛り付け図の書き方について、手順に沿って記入・提出をお願いします。	12～14
その他確認事項について		
☐	給食費は、無配膳対応、一部弁当対応、除去食対応、代替食対応を行う場合は徴収します。全ての給食を食べず、完全弁当持参の場合は徴収しません。	16

食物アレルギー対応の実施にあたり、上記のことを理解して同意します。

年 月 日 保護者氏名

●年●●月●●日

保護者 様

多治見市立●●●学校

校 長 ●● ●●

食物アレルギーの除去食対応について

本校では食物アレルギーのあるお子さんに対して、医師の診断に基づき、除去食対応を実施しています。

除去食対応を希望される場合は、資料をご確認の上、必要書類の提出をお願いします。対応内容は食物アレルギー面談を実施の上、協議して決定します。

1. 資料

■食物アレルギー対応について（保護者用）

除去食対応については P8, 9、

給食資料対応の流れについては P13, 14 をご確認ください。

※多治見市公式チャンネル（YouTube）でも
除去食対応についての説明を公開しております。
「多治見市学校給食における
食物アレルギー除去食対応について」



2. 必要書類

■除去食対応の申込書（様式 8-1）

■学校生活管理指導表（様式 2）

3. 提出期限 ●年●●月●●日（●）

4. 提出先 多治見市立●●●学校

担当者：●●

連絡先：●●

【資料に関する問い合わせ先】

多治見市教育委員会事務局 食育推進課 TEL 29-1662（ダイヤルイン）

年 月 日

学校長
幼稚園長 様

教育委員会事務局		学校・幼稚園	
食育推進課	調理場 (栄養士)	校長 (園長)	養護教諭 (副園長)
印	印	印	印

除去食対応の申込書

●除去食対応の申込みにあたり以下の内容を理解して申込みます。

- ☐ 医師の診断により、アレルギーが特定され、家庭でもアレルギーの除去をおこなっていること。
- ☐ 調味料、だし、添加物の除去等、微量混入（コンタミネーション）の対応が不要であること。
- ☐ 食器や調理器具の共用ができ、調理過程の中で取り分け除去食対応ができること。
- ☐ 揚げ油の共有ができること。
- ☐ 以下の場合、除去食対応は行いません。
- ①加工食品に除去食対応食品が含まれる場合
(例：オムレツ、デザート、ドレッシング類等)
 - ②主食に除去食対応食品が含まれる場合
(例：エビピラフ、玉子炒飯、ルーと麺と混ぜて提供する麺料理等)
 - ③除去食対応の食品が主な食材となる場合
(例：えびの天ぷら、えびフライ、厚焼き玉子等)
 - ④調理工程が複雑なため、調理場での対応が困難である場合
(例：コロッケ、グラタン等)

学校（幼稚園）名	学校・幼稚園	
新 学 年	年	組 番
ふ り が な		
園児・児童・生徒氏名		
保護者氏名	印	

●希望する除去食内容にチェックをして下さい。

☐ 卵(魚卵を除く)

☐ 乳・乳製品

☐ えび

記入例

年 月 日

学校長
幼稚園長 様

記入日をご記入ください

各項目をご確認の上
✓を入れてください

教育委員会事務局		学校・幼稚園	
食育推進課	調理場 (栄養士)	校長 (園長)	養護教諭 (副園長)
印	印	印	印

除去食対応の申込書

●除去食対応の申込みにあたり以下の内容を理解して申込みます。

- ☒ 医師の診断により、アレルギーが特定され、家庭でもアレルギーの除去をおこなっていること。
- ☒ 調味料、だし、添加物の除去等、微量混入（コンタミネーション）の対応が不要であること。
- ☒ 食器や調理器具の共用ができ、調理過程の中で取り分け除去食対応ができること。
- ☒ 揚げ油の共有ができること。
- ☒ 以下の場合、除去食対応は行いません。
- ①加工食品に除去食対応食品が含まれる場合
(例：オムレツ、デザート、ドレッシング類等)
 - ②主食に除去食対応食品が含まれる場合
(例：エビピラフ、玉子炒飯、ルーと麺と混ぜて提供する麺料理等)
 - ③除去食対応の食品が主な食材となる場合
(例：えびの天ぷら、えびフライ、厚焼き玉子等)
 - ④調理工程が複雑なため、調理場での対応が困難である
(例：コロッケ、グラタン等)

太枠のみご記入ください。
保護者氏名の欄には押印
をお願いします。

学校（幼稚園）名	うながっぱ小		学校・幼稚園
新 学 年	1 年	組 番	
ふ り が な	たじみ はなこ		
園児・児童・生徒氏名	多治見 花子		
保護者氏名	多治見 太郎 印		

●希望する除去食内容にチェックをして下さい。

☒ 卵(魚卵を除く) ☒ 乳・乳製品 ☐ えび

様式8-2

年度用

年 月 日

学校長
幼稚園長 様

教育委員会		学校・幼稚園	
食育推進課	調理場 (栄養士)	校長 (園長)	養護教諭 (副園長)
印	印	印	印

除去食対応の解除申請書

●除去食対応について下記の食品を除去していましたが、医師の診断により、摂取可能となりましたので 除去食対応の解除を申請します。

学校（幼稚園）名	学校・幼稚園	
新 学 年	年	組 番
ふ り が な		
園児・児童・生徒氏名		
保護者氏名	印	

●全解除となった除去食内容にチェックをして下さい。

☐卵(魚卵を除く)

☐乳・乳製品

☐えび

様式8-2

記入例

年度用

年 月 日

学校長
幼稚園長 様

記入日をご記入ください

委員会		学校・幼稚園	
食育推進課	調理場 (栄養士)	校長 (園長)	養護教諭 (副園長)
印	印	印	印

除去食対応の解除申請書

●除去食対応について下記の食品を除去していましたが、医師の診断により、摂取可能となりましたので 除去食対応の解除を申請します。

学校（幼稚園）名	うながっぱ小	学校・幼稚園
新 学 年	1 年	組 番
ふ り が な	た じ み	は な こ
園児・児童・生徒氏名	多治見	花子
保護者氏名	多治見	太郎 印

太枠のみご記入ください。
保護者氏名の欄には押
印をお願いします。

●全解除となった除去食内容にチェックをして下さい。

☒ 卵(魚卵を除く)	☐ 乳・乳製品	☐ えび
--	--------------------------------	-----------------------------

解除となった除去食内容の
□にレ点をお願いします。

様式9

年度 除去食対応一覧表

	年	組	氏名	アレルギー	対応内容		牛乳の代替	備考
					除去食対応内容	その他アレルギーの対応内容 (果物は自分で除去する等)		
1							有 ・ 無	
2							有 ・ 無	
3							有 ・ 無	
4							有 ・ 無	
5							有 ・ 無	
6							有 ・ 無	
7							有 ・ 無	
8							有 ・ 無	
9							有 ・ 無	
10							有 ・ 無	
11							有 ・ 無	
12							有 ・ 無	
13							有 ・ 無	
14							有 ・ 無	
15							有 ・ 無	