

## 第4章 資料・様式

資料 1	学校における食物アレルギー対応について (学校における食物アレルギー対応希望届)	P 4 2
資料 2	学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)	P 4 3
資料 3	食物アレルギーを有する児童生徒への対応について<保護者宛>	P 4 4
資料 4	学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用) について<保護者宛>	P 4 4
資料 5	学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用) の作成についてのお願い<主治医宛>	P 4 5
様式 1	食物アレルギー個人カルテ	P 4 6
様式 2	食物アレルギー対応面談等記録票	P 4 7
様式 3	食物アレルギー対応児童生徒一覧表	P 4 7
様式 4	学校給食における食物アレルギー対応について	P 4 8
様式 5	食物アレルギー ヒヤリハット報告書	P 4 8
様式 6	事故未然防止のためのチェックリストⅠ (献立作成時) Ⅰ-1 献立作成時      Ⅰ-2 予定献立変更時	P 4 9
様式 7	事故未然防止のためのチェックリストⅡ (調理時) Ⅱ-1 調理開始時      Ⅱ-2 調理後      Ⅱ-3 運搬前	P 5 0 P 5 1
様式 8	事故未然防止のためのチェックリストⅢ (会食前) Ⅲ 会食前      記入例	P 5 2 P 5 3
参考 1	食物アレルギー等 発症状況報告書	P 5 4
参考 2	学校における食物アレルギー対応解除届	P 5 4

### ● 誤食の場合、給食後にアレルギー症状が発生した場合

速やかに、電話で健康教育課へ報告してください。

報告内容は【参考 1 食物アレルギー等発症状況報告書】を参考にしてください。

### ● 食物アレルギーが疑われる症状が発生した場合

速やかに、電話で健康教育課へ報告してください。

### ● 食物アレルギー対応を解除する場合

「学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)」を提出しないことで、食物アレルギー対応を解除としています。

必要に応じて【参考 2 学校における食物アレルギー対応解除届】を活用ください。



年 月 日

保護者 様

さいたま市立〇〇〇学校  
校長 〇 〇 〇 〇

## 学校における食物アレルギー対応について

保護者の皆様におかれましては、ますます御健勝のこととお喜び申し上げます。

さて、本校では、食物アレルギーのあるお子様が、より安全・安心な学校生活を送ることができるように、症状等を把握し、可能な範囲で特別な配慮を行っております。学校での対応を希望される場合は、下記の事項を御確認の上、切り取り線下の「学校における食物アレルギー対応希望届」に必要事項を記入し、〇月〇日までに学級担任へ提出してください。

## 記

- 食物アレルギーにより学校給食において除去食等の対応を希望し、「学校における食物アレルギー対応希望届」を提出された方には、「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」をお渡しします。原因食物の除去等について指導を受けている主治医に、記載を依頼してください。
- 「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」は、症状や対応に変化のない場合も、毎年提出してください。
- 「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の文書料は自費となり、医療機関により異なります。子育て支援医療費助成制度の対象外です。
- 学校給食における食物アレルギー対応のための「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」発行費は、就学援助制度の対象となります。該当する方はお申し出ください。
- 具体的な対応については、学校と保護者で面談を実施し、対応内容を検討いたします。
- 年度途中で、アレルギー疾患を発症した場合や、症状の変化により対応に変更が生じた場合は、随時、学級担任に連絡してください。

----- 切り取り線 -----

〇〇〇学校長 宛

**学校における食物アレルギー対応希望届**

食物アレルギーがあり、主治医の指導により配慮が必要なことから、学校での対応を希望します。

年 月 日

児童生徒名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_

表 学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)

名前 \_\_\_\_\_ 男・女 平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日生 ( \_\_\_\_歳) \_\_\_\_\_ 学校 \_\_\_\_年 \_\_\_\_組 提出日 平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

病型・治療	学校生活上の留意点		★保護者 電話:  ★連絡医療機関 医療機関名:  電話:
	<b>気管支ぜん息 (あり・なし)</b> A. 重症度分類 (発作型) 1. 間欠型 2. 軽症持続型 3. 中等症持続型 4. 重症持続型 B-1. 長期管理薬 (吸入薬) 1. ステロイド吸入薬 2. 長時間作用性吸入ベータ刺激薬 3. 吸入抗アレルギー薬 (「インタール®」) 4. その他 ( ) B-2. 長期管理薬 (内服薬・貼付薬) 1. テオフィリン徐放製剤 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 3. ベータ刺激内服薬・貼付薬 4. その他 ( )	<b>C. 急性発作治療薬</b> 1. ベータ刺激薬吸入 2. ベータ刺激薬内服 <b>D. 急性発作時の対応 (自由記載)</b>	
病型・治療	学校生活上の留意点		記載日 _____年 ____月 ____日 医師名 _____ 医療機関名 _____
	<b>アトピー性皮膚炎 (あり・なし)</b> 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、軽度の皮疹のみみられる。 2. 中等症: 強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満にみられる。 3. 重症: 強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満にみられる。 4. 最重症: 強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上にみられる。 ※軽度の炎症: 軽度の紅斑・乾燥・痒み。 ※重症の炎症: 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 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 ( ) C. 食物アレルギーの合併 1. あり 2. なし	<b>A. プール指導及び長時間の紫外線下での活動</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 <b>B. 動物との接触</b> 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名 ( ) <b>C. 発汗後</b> 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. (学校施設で可能な場合) 夏季シャワー浴 <b>D. その他の配慮・管理事項 (自由記載)</b>	
病型・治療	学校生活上の留意点		記載日 _____年 ____月 ____日 医師名 _____ 医療機関名 _____
	<b>アレルギー性結膜炎 (あり・なし)</b> 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 ( ) 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>A. プール指導</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. プールへの入水不可 <b>B. 屋外活動</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 <b>C. その他の配慮・管理事項 (自由記載)</b>	

(公財) 日本学校保健会作成を一部改良  
さいたま市教育委員会

裏 学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)

名前 \_\_\_\_\_ 男・女 平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日生 ( \_\_\_\_歳) \_\_\_\_\_ 学校 \_\_\_\_年 \_\_\_\_組 提出日 平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

病型・治療	学校生活上の留意点		★保護者 電話:  ★連絡医療機関 医療機関名:  電話:
	<b>アナフィラキシー (あり・なし)</b> 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・診断根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に診断根拠を記載 1. 鶏卵 ( ) 2. 牛乳・乳製品 ( ) 3. 小麦 ( ) 4. ソバ ( ) 5. ビーナッツ ( ) 6. 種類・木の实類 ( ) ( ) 7. 甲殻類 (エビ・カニ) ( ) 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 ( )	<b>A. 給食</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 <b>B. 食物・食材を扱う授業・活動</b> 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 <b>C. 運動 (体育・部活動等)</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 <b>D. 宿泊を伴う校外活動</b> 1. 配慮不要 2. 食事やイベントの際に配慮が必要 <b>E. その他の配慮・管理事項 (自由記載)</b>	
病型・治療	学校生活上の留意点		記載日 _____年 ____月 ____日 医師名 _____ 医療機関名 _____
	<b>アレルギー性鼻炎 (あり・なし)</b> 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 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. その他 ( )	<b>A. 屋外活動</b> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 <b>B. その他の配慮・管理事項 (自由記載)</b>	

(公財) 日本学校保健会作成を一部改良  
さいたま市教育委員会

●学校における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を学校職員 (給食調理業務委託先の調理業務従事者も含む)、教育委員会、医療機関で共有することに同意しますか。

1. 同意する
2. 同意しない

保護者署名: \_\_\_\_\_



保護者の方へ

## 食物アレルギーを有する児童生徒への対応について

さいたま市教育委員会

資料 3

学校では、お子様が「安全・安心」に学校生活を送ることができるように、食物アレルギーに関する取組を行っています。保護者の方の御協力をお願いします。

**食物アレルギーに関する対応として、学校において個別の対応を必要とすることが、検討してください。**

**学校生活において個別の対応が必要な場合は？**

- ・除去食対応が必要など、給食の配慮が必要である。
- ・アドレナリン自己注射薬（エピペン®）、抗ヒスタミン薬などを処方されている。
- ・食物食材を扱う授業・活動で配慮が必要である。
- ・運動（体育・クラブ活動等）、校外活動などで配慮が必要である。 など

**食物アレルギー対応を希望する旨を学校に申し出て、「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」を受け取り、医療機関を受診してください。**

**医師が作成した「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」を学校へ提出してください。学校での対応について、個別面談を行います。**

- ・「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」を基に、学校生活における配慮について御相談します。
- ・給食だけではなく、食物・食材を扱う授業や、校外活動などについても御相談します。
- ・全ての御要望にはお応えできない場合もありますので御了承ください。  
たとえば、極微量で反応が誘発される可能性がある場合等は、事故防止のため、お弁当の持参をお願いする場合があります。

**食物アレルギー対応が開始されます。**

**<食物アレルギーの治療に関する情報>**

血液検査が陽性でも食べられることはよくあります。食べられる範囲（量や調理方法など）を正しく判断するためには、アレルギー専門医の下で行う「食物経口負荷試験」が必要な場合もあります。「食物経口負荷試験」を実施している医療機関については、主治医の先生や学校にお問い合わせください。



保護者の方へ

## 「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」について

さいたま市教育委員会

資料 4

「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」は、個々の児童生徒について、症状等の特徴を正しく把握するために必要な書類です。除去食等を指導している主治医とよく相談して、記載を依頼してください。

乳幼児期に発症した即時型アレルギー反応の多くは、成長とともに治ゆると考えられます。継続した受診をしていない場合には、診断を見直す良い機会となりますので、医師と相談し、除去が必要か再評価してもらいましょう。

また、血液検査が陽性でも食べられることはよくあります。アレルギー専門医と相談し、食物経口負荷試験をするなどして、必要最小限の除去をしましょう。主治医から「記載できない」「食物経口負荷試験が必要」などと診断された場合には、アレルギー専門医を紹介してもらうとよいでしょう。

**<「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の提出が必要な方>**

学校生活において、食物アレルギーに関する配慮が必要な場合に提出します。

配慮とは、「食物アレルギーのために除去食対応が必要である」「アドレナリン自己注射薬、抗ヒスタミン薬などを処方されている」などがあります。

**<発行料金>**

「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」は、診断書と同じ扱いになります。文書料は自費となり、医療機関により異なります。子育て支援医療費助成制度の対象外です。

学校給食における食物アレルギー対応のための「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」発行費は、就学援助制度の対象となります。該当する方は学校にお申し出ください。

**<受診の準備>**

「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」は、医師が御本人や保護者の方と相談しながら作成しますので、アレルギーの原因食物は何か、なぜ除去しているのか、家庭での原因食物の摂取状況、以前の診断はどのようなものであったか等を、正確に医師に伝える必要があります。受診がスムーズにできるように、保護者の方も、「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の内容を確認しておくよいでしょう。

年度末は医療機関が非常に混雑するだけでなく、診断には食物経口負荷試験を行うなど時間がかかるため、早めに医療機関を受診し、次年度に向けての相談を開始してください。

**<その他>**

提出された「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」は、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、記載された内容を学校職員（給食調理業務委託先の調理業務従事者も含む）、教育委員会、医療機関で共有します。



主治医の先生へ

資料 5

## 学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)の作成についてのお願い

学校では、食物アレルギーを有し、学校での対応が必要な児童生徒の保護者に対して、原因食物の除去を指導している主治医に記載していただいた「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」を学校へ提出していただくよう求めています。  
必要に応じて、保護者を通じて学校からより詳細な情報提供や指導助言をお願いすることもありますので、御協力くださいようお願いいたします。

### <作成にあたっての留意点について>

- 現在の状況及び今後1年間を通じて予想される状況を記載します。
- 食物アレルギーは、成長とともに寛解することがあるので、毎年、対応の見直しが必要です。また、症状等に変化がない場合であっても、配慮が必要な間は、毎年新しいものを学校へ提出することになっています。また、対応に変化があった場合は、提出から1年未満でも学校生活管理指導表にてお知らせください。
- 記載については、「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」(財団法人 日本学校保健会)を参考にしてください。  
参考 URL: <http://www.gakkohokem.jp/moodlees/books/index.php?fcf=photo&p=51>
- 学校生活において、配慮が必要とする場合にのみ作成するものです。I g E 抗体等検査結果が陽性でも、除去などの配慮が不要な食物については記入する必要はありません。
- 原因食物の除去を指導している主治医が記入してください。判断に迷う場合や、より専門的な診療が必要な場合には、専門の医療機関を受診するよう紹介してください。

6 緊急連絡先医療機関については、「B. アナフィラキシー病型」や「D. 緊急時に備えた処方薬 2. アドレナリン自己注射薬 (エピペン®)」に○がついている場合には、必ず記載してください。緊急時の受け入れができない場合には、受け入れ可能な医療機関名を記載してください。

7 食物アレルギー・アナフィラキシー病型について、過去にアナフィラキシーの既往がある場合には、左のアナフィラキシー欄の「あり」に○をつけてください。アナフィラキシーとは「複数の臓器にわたり症状がみられた」場合を意味します。蕁麻疹だけがみられるものは含まれません。  
8 診断書と同じ扱いになります。文書料は自費となり健康保険や子育て支援医療費助成制度の対象外です。

資料 5

### <診断根拠(必須)>

一般に食物アレルギーを血液検査だけで診断することはできません。実際に起きた症状と食物経口負荷試験などの専門的な検査結果を組み合わせて、医師が総合的に診断します。したがって、学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)には、検査のデータ等の記載は不要です。

食物の除去が必要な児童生徒であっても、あまりに除去品目が多い場合には、不要な除去を行っている可能性が高いと考えられます。除去品目が多いと食物アレルギー対応が大変になるだけでなく、成長発達の高い時期に栄養のバランスが偏ることにもなるので、そのような場合には、「診断根拠」欄を参考に、保護者と相談しながら慎重に診断をしていくことが必要です。

### ① 明らかかな症状の既往

過去に、原因食物の摂取により明らかかなアレルギー症状が起きているので、診断根拠として高い位置付けになります。

ただし、鶏卵、牛乳、小麦、大豆などの主な原因食物は年齢を経るごとに耐性化すること(食べられるようになること)が知られています。実際に、乳幼児早期に発症する食物アレルギーの子どものおおよそ9割は、就学前に耐性化するので、直近の1~2年以上症状が出ていない場合には、「明らかかな症状の既往」は、診断根拠としての意味合いを失っている可能性もあります。主な原因食物に対するアレルギーがあり、耐性化の検証が行われていない場合には、既に食べられるようになっていている可能性も十分に考えられます。

### ② 食物負荷試験陽性

食物経口負荷試験は、原因と考えられる食物を試験的に摂取して、それに伴う症状が現れるかどうかをみる試験です。この試験の結果は、上記①に準じたものと考えられるため、診断根拠として高い位置付けになります。ただし、①の場合と同様に主な原因食物についての1年以上前の食物経口負荷試験の結果は信頼性が高いとは言えませんので、再度食べられるかどうか検討する必要があります。また、アナフィラキシー症状を起こす危険性が高い場合や、直近の明らかかな陽性症状、血液検査などの結果などによっては、食物経口負荷試験の実施を省略して診断することもあります。

### ③ IgE抗体等検査結果陽性

鶏卵や牛乳などの主な原因食物に対するI g E抗体値が高値の場合には、③だけを根拠に診断する場合もあります。しかし、一般的には、血液や皮膚の検査結果だけで食物アレルギーを正しく診断することはできません。検査が陽性であっても、実際は食べられる子どもが多いのも事実です。そのような場合には、記載する必要はありません。

学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン(財団法人 日本学校保健会)より抜粋

# 食物アレルギー個人カルテ

秘

面談日 年 月 日  
作成日 年 月 日

(ふりがな) 児童生徒氏名	性別	男	女	生年月日	年	月	日
保護者氏名	電話番号			FAX番号			
保護者住所	緊急連絡先 (続柄等)						
さいたま市							

<b>1 原因食物と具体的な症状及び診断根拠</b>	
原因食物と具体的な症状	診断根拠 ①明らかな症状の既往 ②食物負荷試験陽性 ③IgE抗体等検査結果陽性
<b>2 家庭での食事・おやつ・外食等の対応方法</b>	
<b>3 アナフィラキシー発症の有無</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 原因( )	
<b>4 エピペン®(アドレナリン自己注射薬)</b>	
エピペンの使用経験の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
エピペン®練習用トレーナーによる訓練の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<b>5 主治医</b>	
医療機関名及び診療科:	現在の受診状況・使用中の薬剤・指示内容
主治医:	
ID(カルテ)番号:	
住所・電話番号:	
<b>6 緊急対応時の受診先</b>	
医療機関名及び診療科:	
主治医:	
ID(カルテ)番号:	
住所・電話番号:	

7 学校生活の中で、どのような配慮を希望しますか(給食・学校行事等)

《学校給食における食物アレルギー対応 決定事項》

	決定 ( 年 月 日 )	変更 ( 年 月 日 )
詳細な献立表対応		
弁当対応		
除去食対応		
代替食対応		
その他		

《学校での様子》 アレルギー症状を発症した場合などに記録

	年 月 日	年 月 日
症状		
処置経過		
その他		

《特記事項》




### 年度 食物アレルギー対応児童生徒一覧表

( 年 月 日 現在 )

No.	年 組	児童生徒名	原因食物	給食での対応	配慮事項	クラブ活動	部活動
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

### 食物アレルギー対応面談等記録票



年 組	氏名	男・女	初回面談日	年 月 日
初回面談出席者	保護者： 父親 ・ 母親 ( ) 校長・教頭・学級担任・保健主事・養護教諭・給食主任・栄養教諭・学校栄養職員 学校： ( )			
年 月 日	保護者との面談記録		学校での対応	

【記載例】

年 月 日	保護者との面談記録	学校での対応
△年△月△日	出席者：母親 食物負荷検査の結果が陰性となり、主治医から許可も得たため、牛乳除去を解除したいとの申し出があった。 (△月○日、●●病院受診。牛乳の除去解除の指示あり。)	出席者：校長 学級担任 養護教諭 栄養教諭 △月○日の給食から、牛乳除去を解除する。

様式 4

保護者様  
 ○○小(中) 年 月 日 号  
 さいたま市立 小(中) 学校  
 校長

学校給食における食物アレルギー対応について  
 年 月 日付でお申し出のありました、学校給食における食物アレルギー対応について、下記のとおり決定いたしましたので、お知らせいたします。

記

年 組 児童生徒氏名

対 応 方 法
1 <b>詳細な献立表対応</b> 保護者の指示、もしくは児童生徒自身の判断で、学校給食から原因食物を除いて食べます。
2-① <b>一部弁当対応</b> 給食で除去食等の提供が難しい献立についてのみ、弁当を持参していただきます。
2-② <b>完全弁当対応</b> 給食は食べず、全て弁当を持参していただきます。
3 <b>除去食対応</b> 給食から原因食物を除いた除去食を提供します。
4 <b>その他</b>

原 因 食 物	対 応 方 法
	1 2-① 2-② 3 4
	1 2-① 2-② 3 4
	1 2-① 2-② 3 4

※ 毎月、給食の原材料を詳細に記した献立表(詳細な献立表)、加工食品の配合表等を配付します。内容の確認をお願いします。

年 組 担任  
 給食担当者

様式 5

食物アレルギー ヒヤリハット報告書

学校名	さいたま市立 小・中・高等・特別支援学校	
報告者名	職名	氏名
報告日時	年 月 日 ( 曜日) [ 時 分]	
調理の形態	直営 委託 (業者名: )	
発生日時	年 月 日 ( 曜日) [ 時 分]	
学年	気付いた職員	
原因食物	料理名	
発生場所	活動内容 給食時間・その他( )	
発生状況 (時系列で記入)		
<検証> 原因・問題点		
今後の 対策・改善点		
備考		

※ ヒヤリハット発生後、速やかにFAXにて報告してください。  
 ※ 送信票は不要です。

健康教育課 受理日時	受理者
年 月 日	
午前・午後 時 分	

さいたま市教育委員会 学校教育部健康教育課  
 健康教育係 TEL 048-829-1679  
 給食係 TEL 048-829-1680  
 FAX 048-829-1990



# 学校給食におけるアレルギー事故未然防止のためのチェックリスト I (献立作成時)

様式 6

I-1 献立作成時のチェックリスト (栄養教諭・学校栄養職員及び管理職等、複数で確認する。) (年度)

No.	チェック項目	対象月	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
		確認日	確認者 1	確認者 2	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
1	詳細な献立表を作成した。																	
2	1日の献立の中の複数のメニューに同じ原因食物が入っていないことを確認した。																	
3	加工食品は配合表で原因食物の使用の有無を確認し、対応をした。																	
4	調味料は配合表で原因食物の使用の有無を確認し、対応をした。																	
5	食物アレルギー対応児童生徒一覧表(様式3)を使って実施日毎に学級と対象者名を確認した。																	
6	全校配付用献立表の献立名は、原因食物がわかるように表記した。																	
7	調理指示書(調理業務詳細注文書)に食物アレルギー対応を詳しく明記した。																	
8																		

※毎月、チェックリストを使用して確認を行う。

I-2 予定献立変更時のチェックリスト(栄養教諭・学校栄養職員及び管理職等、複数で確認する。) (年度)

No.	チェック項目	変更日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
		確認日	確認者 1	確認者 2	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
1	変更後の使用食材は、配合表で原因食物がないことを確認した。																	
2	変更後の使用食材に原因食物がある場合は、対応を調理指示書(調理業務詳細注文書)、作業工程表、作業動線図に明示した。																	
3	変更した内容を、管理職に報告した。																	
4	変更した内容を、担任に連絡した。																	
5	変更した内容を、保護者に連絡した。																	
6																		

※献立を変更する場合は、上記チェック項目を確認し、確実に対応する。

## 学校給食におけるアレルギー事故未然防止のためのチェックリスト II (調理時用)

様式 7

II-1 調理開始時のチェックリスト(毎朝、チーフを中心に調理担当全員で確認する。) ( 年度)

No.	チエック項目	確認日	月 日 (月)	月 日 (火)	月 日 (水)	月 日 (木)	月 日 (金)
		チーフ					
1	納入された加工食品等に原因食物が含まれていないことを、内容表示で確認した。						
2	学級と対象者名						
	調理指示書(調理業務詳細注文書)に記載された対応を確認した。						
	対象者毎の除去する食品及び献立名						
	アレルギー対応食に使う食器・器具						
	アレルギー対応個人カード(学級名、対象者名、メッセージ)						
3	アレルギー対応食がないことを連絡する表示(学級名、対象者名、メッセージ)						
	アレルギー対応食を調理する担当者						
	原因食物を取り分ける段階						
	作業工程表を確認した。						
	使い捨て手袋の使用、エプロンの使い分けの段階						
4	原因食物別にアレルギー対応食を作る順番						
	アレルギー対応食を調理する場所						
5	原因食物を扱う場所						
	調理指示書(調理業務詳細注文書)・作業工程表・作業動線図を掲示してある場所を確認した。						

## 学校給食におけるアレルギー事故未然防止のためのチェックリスト II (調理時)

様式 7

II-2 調理後のチェックリスト(毎日、チーフを中心に調理担当全員で確認する。) ( 年度)

No.	チエック項目	確認日	月日(月)	月日(火)	月日(水)	月日(木)	月日(金)
		チーフ					
1	納入された加工食品等に原因食物が含まれていないことを、内容表示で確認した。						
2	学級と対象者名						
	調理指示書(調理業務詳細注文書)に記載された対応を確認した。						
3	対象者毎の除去する食品と献立名						
	アレルギー対応食に使う食器・器具						
	確認・連絡用個人カード(学級名、対象者名、メッセージ)						
	アレルギー対応食がないことを連絡する表示(学級名、対象者名、メッセージ)						
4	アレルギー対応食を調理した担当者						
	原因食物を取り分ける段階						
	使い捨て手袋の使用、エプロンの使い分けの段階						
	原因食物別に除去食を作る順番						
5	作業工程表に従い調理した。						
	作業動線図を守り調理した。						
5	調理指示書(調理業務詳細注文書)・作業工程表・作業動線図を確認しながら調理した。						

II-3 運搬前のチェックリスト(毎日、調理担当者、栄養教諭・学校栄養職員の複数で、指差し呼称により確認する。) ( 年度)

No.	チエック項目	確認日	月日(月)	月日(火)	月日(水)	月日(木)	月日(金)
		確認者1					
		確認者2					
1	確認・連絡用個人カードが対象者のトレイまたは食器等に添えてある。						
2	アレルギー対応食がないことを連絡する表示がワゴン等に添えてある。						
3	アレルギー対応食に蓋やラップがされている。						
4	決められた受け渡し方法になっている。						
5							

# 学校給食におけるアレルギー事故未然防止のためのチェックリスト Ⅲ（会食前）

様式 8

第 年 月 日 組

対象者名	原因食物

  

対象者名	原因食物

## Ⅲ 会食前のチェックリスト(毎日、学級担任等が確認する。→月末に回収する。)

No.	チェック項目	確認日												
		日(月)	日(火)	日(水)	日(木)	日(金)	日(月)	日(火)	日(水)	日(木)	日(金)			
1	対象者及び対応方法を詳細な献立表で確認した。													
2	対象者にアレルギー対応食が届いている。 ・「確認・連絡用個人カード」に記載された内容と合っている。 ・アレルギー対応食には、蓋やラップがされている。													
3	配膳は、学級で一番初めに行った。													
4	献立の一部を食べないことになっている対象者は、そのことを承知している。													
5	「おかわり」について対象者に指示した。													
6	片づけ時に原因食物に触れないよう対象者に促した。													
7														

No.	チェック項目	確認日												
		日(月)	日(火)	日(水)	日(木)	日(金)	日(月)	日(火)	日(水)	日(木)	日(金)			
1	対象者及び対応方法を詳細な献立表で確認した。													
2	対象者にアレルギー対応食が届いている。 ・「確認・連絡用個人カード」に記載された内容と合っている。 ・アレルギー対応食には、蓋やラップがされている。													
3	配膳は、学級で一番初めに行った。													
4	献立の一部を食べないことになっている対象者は、そのことを承知している。													
5	「おかわり」について対象者に指示した。													
6	片づけ時に原因食物に触れないよう対象者に促した。													
7														

学級担任等は、食物アレルギー対応のある児童生徒に配膳された給食が適切な内容であるか、喫食直前に確認する。

**記入例**

**学校給食におけるアレルギー事故未然防止のためのチェックリスト III (会食前)**

様式 8

平成 31 年 3 月  
第 2 学年 1 組

対象者名	原因食物
さいたま 花子	卵
けんこう 太郎	ピーナッツ

対象者名	原因食物

**III 会食前のチェックリスト(毎日、学級担任等が確認する。→月末に回収する。)**

No.	チェック項目	確認日		1日(水)	2日(木)	3日(金)	6日(月)	7日(火)	8日(水)	9日(木)	10日(金)
		日(月)	日(水)								
1	対象者及び対応方法を詳細な献立表で確認した。										
2	対象者にアレルギー対応食が届いている。 ・「確認・連絡用個人カード」に記載された内容と合っている。 ・アレルギー対応食には、蓋やラップがされている。										
3	配膳は、学級で一番初めに行った。										
4	献立の一部を食べないことになっている対象者は、そのことを承知している										
5	「おかわり」について対象者に指示した。										
6	片づけ時に原因食物に触れないよう対象者に促した。										
7											

給食がない日は斜線。

教室で学級担任が確認しチェックした後、その他の学校職員でダブルチェックをする。

No.	チェック項目	確認日		13日(月)	14日(火)	24日(金)
		日(月)	日(火)			
1	対象者及び対応方法を詳細な献立表で確認した。					
2	対象者にアレルギー対応食が届いている。 ・「確認・連絡用個人カード」に記載された内容と合っている。 ・アレルギー対応食には、蓋やラップがされている。					
3	配膳は、学級で一番初めに行った。					
4	献立の一部を食べないことになっている対象者は、そのことを承知している。					
5	「おかわり」について対象者に指示した。					
6	片づけ時に原因食物に触れないよう対象者に促した。					
7						

食物アレルギー対応の有無を確認するため、チェック項目No.1(対象者及び対応方法を詳細な献立表で確認)のチェックは毎日必要。食物アレルギー対応がない場合は、チェック項目No.2以降は斜線とする。

学校の実情に応じて作成したチェックリストを使用している場合も、「毎日の食物アレルギー対応の有無の確認」と複数の学校職員による「ダブルチェック」を記録すること。

学級担任等は、食物アレルギー対応のある児童生徒に配膳された給食が適切な内容であるか、喫食直前に確認する。

# 食物アレルギー等 発症状況報告書 記入者

学校名	さいたま市立 小・中・高等・特別支援 学校
報告者名	職名: 氏名:
報告日時	年 月 日 ( 曜日 ) 時 分
調理の形態	直営 委託(業者名: )

1	発症者	年 組 氏名
2	発生日時	年 月 日 ( 曜日 ) 時 分
3	発症の場合	給食 運動 授業 ( ) その他:
4	救急重要請	無 有 (搬送先医療機関名: )
5	薬使用	無 有 ( 時 分 )
6	エビペン使用	無 有 ( 時 分 ) 注射した人:本人 家族 学校関係 消防 その他
7	学校での処置	口の中のものを取り除く(吐き出す) うがい 手洗い 触れた部分を洗い流す その他:
8	主な症状	【食物アレルギー対応マニュアルでチェックする】
9	発症原因	
10	誤食した量	
11	発症の経緯 学校の対応	
12	学校生活 管理指導表	提出なし 提出あり(記入医療機関名: )
13	把握している 原因食物	
14	日常の対応	詳細な献立表対応 弁当持参 除去食対応 代替食対応 その他:
15	緊急時処方薬	エビペン 無 有 (内服薬 無 有 ( ) その他)
16	学校での 過去の発症	初発 アナフィラキシー症状あり(複数同時かつ急激に出現) 初発 アナフィラキシーショックあり(血圧低下、意識低下、脱力)
17	その他	

事後処理	誤食 初発(原因判明) 初発(原因不明)
------	----------------------

この様式は保護者の方がご記入ください

# 学校における食物アレルギー対応解除届

年 月 日

さいたま市立 学校長 様

現在の「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」をもとにした、学校における食物アレルギー対応について、医師の指示により対応が不要となりましたので、今後の対応の解除をお願いします。

年 組

児童生徒氏名:

保護者氏名:

印

※ 指導を受けた病院名:

医師名:

《 学校記載欄 》

解除届受領日 : 年 月 日  
対応解除開始日 : 年 月 日

校長	教頭	担任	養護	栄養