

各種様式・参考資料

- 様式1 食物アレルギー等調査のお願い・食物アレルギー等調査用紙（提出用）
（1-1 新規用、1-2 在校生用、1-3 6年生用、
1-4 新規用（市立高等支援学校用）、1-5 在校生用（市立高等支援学校用））
- 様式2 学校生活管理指導表（表面・裏面）
- 様式3 面談票（食物アレルギー）
- 様式4 食物アレルギー等対応 実施申請書
（4-1 新規用、4-2 6年生用、4-3 新規用（市立高等支援学校用））
- 様式5 食物アレルギー等対応 実施申請書
（5-1 継続用、5-2 継続用（市立高等支援学校用））
- 様式6 食物アレルギー個人調査票（表面・裏面）
- 様式7 食物アレルギー対応児童生徒一覧表（例）
- 様式8 学校給食アレルギー対応依頼書
- 様式9 食物アレルギー対応食チェック表
（9-1 親・単独校用（直営）、9-2 親・単独校用（委託）、
9-3 子学校用（直営）、9-4 子学校用（委託））
- 様式10 学校給食 食物アレルギー対応確認書
- 様式11 食物アレルギー等対応 解除申請書
（11-1 小中学校用、11-2 市立高等支援学校用）
- 資料1 学校給食におけるアレルギー対応に関する書類の提出
- 資料2 各種様式の保存期間
- 資料3 学校給食における食物アレルギー対応の手引き検討会議設置要綱
- 資料4 学校給食における食物アレルギー対応の手引き検討会議 名簿

様式 1-1 新規用

保護者各位

令和 年 月 日

札幌市立 小中学校
校長

食物アレルギー等調査のお願い

保護者の皆様におかれましては、ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。

このたび、特定の食品でアレルギー症状を起こす児童生徒の状況等について事前に把握したいと考えています。

つきましては、裏面の食物アレルギー等調査用紙に必要事項をご記入の上、ご提出ください。（毎年全員に提出していただく調査です。）

食物アレルギーのあるお子さんにつきましては、面談でお話を伺います。

記入例

食物アレルギー等調査用紙（提出用）

〇年 〇組 〇番 (ふりがな) 児童生徒氏名 〇〇 〇〇 保護者氏名 〇〇 〇〇

1と2(必要に応じて3)についてご記入ください。

1 食物アレルギーがありますか？(学校給食に出ない食品についてもお答えください。)

(☒)ある ()ない

2 医師により乳糖不耐症と診断され、牛乳を飲むことを止められていますか？

() 止められている (☒) 止められていない

3 1で「ある」と答えた方は、食物アレルギーの原因となる食品名と症状等をお書きください。(学校給食に出ない食品についてご記入ください。)

食品名	症状等	加熱したら 食べられるか	医療機関での 検査・診断
鶏卵	生で食べたときに湿疹が出る。	☒ 可 不可	有(☒ 6歳) 無
いくら・ たらこ	じんましん、喉がイガイガする。 ししゃもの卵は食べられる。	☒ 可 不可	有()歳 ☒ 無
えび	じんましん、顔が赤くなる。 えびが混ざっているおかずは、えびを取り 除いても食べられない。	☒ 可 ☒ 不可	有()歳 無
牛乳	飲んだことがないからわからない。	可 ☒ 不可	有(☒ 4歳) 無
りんご	喉や目がかゆくなる。	☒ 可 ☒ 不可	有()歳 ☒ 無

様式 Ⅰ-Ⅰ 新規用

食物アレルギー等調査用紙(提出用)

年 組 番 ^(ふりがな) 児童生徒氏名

保護者氏名

1と2(必要に応じて3)についてご記入ください。

1 食物アレルギーがありますか？(学校給食に出ない食品についてもお答えください。)

() 有 () ない

2 医師により乳糖不耐症と診断され、牛乳を飲むことを止められていますか？

() 止められている () 止められていない

3 1で「ある」と答えた方は、食物アレルギーの原因となる食品名と症状等をお書きください。(学校給食に出ない食品についてのご記入ください。)

食品名	症状等	加熱したら 食べられるか	医療機関での 検査・診断
		可 不可	有(歳) 無
		可 不可	有(歳) 無
		可 不可	有(歳) 無
		可 不可	有(歳) 無
		可 不可	有(歳) 無
		可 不可	有(歳) 無
		可 不可	有(歳) 無
		可 不可	有(歳) 無

※食物アレルギーの有無にかかわらず、全員提出してください。

様式 1-2 在校生用

保護者各位

令和 年 月 日

札幌市立 小中学校
校長

食物アレルギー等調査のお願い

保護者の皆様におかれましては、ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。
このたび、次年度に向けて、特定の食品でアレルギー症状を起こす児童生徒の状況等について把握したいと考えています。

つきましては、裏面の食物アレルギー等調査用紙に必要事項をご記入の上、
月 日()までに必ずご提出ください。(毎年全員に提出していただく調査です。)

食物アレルギーのあるお子さんにつきましては、お話を伺う場合があります。

記入例

食物アレルギー等調査用紙(提出用)

(ふりがな)
〇年 〇組 〇番 児童生徒氏名 〇〇 〇〇 保護者氏名 〇〇 〇〇

1と2(必要に応じて3)についてご記入ください。

1 (1) 食物アレルギーがありますか?(学校給食に出ない食品についてもお答えください。)

()ある ()ない

(2) 前回調査以降、アレルギー症状がなくなった食品はありますか?

()ある ()ない

食品名(小麦)

2 医師により乳糖不耐症と診断され、牛乳を飲むことを止められていますか?

() 止められている () 止められていない

3 1で「ある」と答えた方は、食物アレルギーの原因となる食品名と症状等をお書きください。
(学校給食に出ない食品についてもご記入ください。)

	食品名	症状等	加熱したら 食べられるか	関係機関での 検査診断
継続	鶏卵	生で食べたときに湿疹が出る。	(可) 不可	(有(6歳)) 無
	いくら・ たらこ	じんましん、喉がイガイガする。 ししゃもの卵は食べられる。	(可) 不可	有(歳) (無)
	えび	じんましん、顔が赤くなる。 えびが混ざっているおかずは、えび を取り除いても食べられない。	可 (不可)	(有(4歳)) 無
	牛乳	飲んだことがないからわからない。	可 不可	有(歳) (無)
新規	りんご	喉や目がかゆくなる。	可 (不可)	有(歳) (無)

様式 1-2 在校生用

食物アレルギー等調査用紙(提出用)

年 組 番 ^(ふりがな) 児童生徒氏名 保護者氏名

1と2(必要に応じて3)についてご記入ください。

1 (1) 食物アレルギーがありますか？(学校給食に出ない食品についてもお答えください。)

() 有 () ない

(2) 前回調査以降、アレルギー症状がなくなった食品はありますか？

() 有 () ない

 食品名()

2 医師により乳糖不耐症と診断され、牛乳を飲むことを止められていますか？

() 止められている () 止められていない

3 1で「有」と答えた方は、食物アレルギーの原因となる食品名と症状等をお書きください。(学校給食に出ない食品についてもお記入ください。)

	食品名	症状等	加熱したら 食べられるか	医療機関での 検査診断
継続			可 不可	有(歳) 無
			可 不可	有(歳) 無
			可 不可	有(歳) 無
			可 不可	有(歳) 無
			可 不可	有(歳) 無
新規			可 不可	有(歳) 無
			可 不可	有(歳) 無

※食物アレルギーの有無にかかわらず、全員提出してください。

様式 1-3 6年生用

令和 年 月 日

保護者各位

札幌市立 小学校
校長

食物アレルギー等調査のお願い

保護者の皆様におかれましては、ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。
このたび、特定の食品でアレルギー症状を起こす児童の状況等について把握したいと考えています。

つきましては、別紙の食物アレルギー等調査用紙に必要事項をご記入の上、
月 日()までに必ずご提出ください。(毎年全員に提出していただく調査です。)

なお、札幌市立の中学校へ進学する場合は、今回の調査内容を申し送ります。

また、中学校から問い合わせのある場合がありますのでご了承ください。

記入例

食物アレルギー等調査用紙(提出用)

6年 ○組 ○番 ^(ふりがな) 児童氏名 ○○ ○○ 保護者氏名 ○○ ○○

1と2(必要に応じて3)についてご記入ください。

1 (1) 食物アレルギーがありますか？(学校給食に出ない食品についてもお答えください。)

(○)ある ()ない

(2) 前回調査以降、アレルギー症状がなくなった食品はありますか？

(○)ある ()ない

食品名(小麦)

2 医師により乳糖不耐症と診断され、牛乳を飲むことを止められていますか？

() 止められている (○) 止められていない

3 1で「ある」と答えた方は、食物アレルギーの原因となる食品名と症状等をお書きください。
(学校給食に出ない食品についてもご記入ください。)

	食品名	症状等	加熱したら 食べられるか	医療機関での 検査診断
継続	鶏卵	生で食べたときに湿疹が出る。	(可) 不可	有(6歳) 無
	いくら・ たらこ	じんましん、喉がイガイガする。 ししゃもの卵は食べられる。	(可) 不可	有(歳) (無)
	えび	じんましん、顔が赤くなる。 えびが混ざっているおかずは、えびを 取り除いても食べられない。	(可) 不可	有(4歳) 無
	牛乳	飲んだことがないからわからない。	可 不可	有(歳) (無)
新規	りんご	喉や目がかゆくなる。	(可) 不可	有(歳) (無)

様式 1-3 6年生用

(表面) 全員ご記入ください。

食物アレルギー等調査用紙(提出用)

6年

組

(ふりがな)
児童氏名

保護者氏名

1と2(必要に応じて3)についてご記入ください。

1 (1) 食物アレルギーがありますか？(学校給食に出ない食品についてもお答えください。)

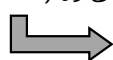
()ある

()ない

(2) 前回調査以降、アレルギー症状がなくなった食品はありますか？

()ある

()ない



食品名()

2 医師により乳糖不耐症と診断され、牛乳を飲むことを止められていますか？

() 止められている

() 止められていない

3 1で「ある」と答えた方は、食物アレルギーの原因となる食品名と症状等をお書きください。(学校給食に出ない食品についてのご記入ください。)

	食品名	症状等	加熱したら 食べられるか	医療機関での 検査診断
継続			可 不可	有(歳) 無
			可 不可	有(歳) 無
			可 不可	有(歳) 無
			可 不可	有(歳) 無
			可 不可	有(歳) 無
新規			可 不可	有(歳) 無
			可 不可	有(歳) 無

※ 学校給食に食物アレルギーの原因食品が出る場合は、裏面の実施申請書もご記入いただきます。

※食物アレルギーの有無にかかわらず、全員提出してください。

※札幌市立の中学校へ進学する場合は、今回の調査内容を申し送ります。

様式 1-4 新規用（市立高等支援学校用）

令和 年 月 日

保護者各位

市立札幌 高等支援学校
校長

食物アレルギー等調査のお願い

保護者の皆様におかれましては、ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。
このたび、特定の食品でアレルギー症状を起こす生徒の状況等について事前に把握したいと考えています。
つきましては、別紙の食物アレルギー等調査用紙に必要事項をご記入の上、
月 日()までに必ずご提出ください。(毎年全員に提出していただく調査です。)
なお、今回の調査は、当校の学校給食調理校へ申し送ります。内容について、当校及び学校給食調理校から問い合わせのある場合がありますので、ご了承ください。

食物アレルギーのあるお子さんにつきましては、面談でお話を伺います。

記入例

食物アレルギー等調査用紙(提出用)

〇年 〇組 〇番 生徒氏名 ^(ふりがな) 〇〇 〇〇 保護者氏名 〇〇 〇〇

1と2(必要に応じて3)についてご記入ください。

1 食物アレルギーがありますか？(学校給食に出ない食品についてもお答えください。)

(☒)ある ()ない

2 医師により乳糖不耐症と診断され、牛乳を飲むことを止められていますか？

()止められている (☒)止められていない

3 1で「ある」と答えた方は、食物アレルギーの原因となる食品名と症状等をお書きください。(学校給食に出ない食品についてもご記入ください。)

食品名	症状等	加熱したら 食べられるか	医療機関での 検査・診断
鶏卵	生で食べたときに湿疹が出る。	☒ 可 不可	有(☒ 6歳) 無
いくら・ たらこ	じんましん、喉がイガイガする。 ししゃもの卵は食べられる。	☒ 可 不可	有()歳 (☒ 無)
えび	じんましん、顔が赤くなる。 えびが混ざっているおかずは、えびを取り 除いても食べられない。	☒ 可 不可	有(☒ 4歳) 無
牛乳	飲んだことがないからわからない。	☒ 可 不可	有()歳 (☒ 無)
りんご	喉や目がかゆくなる。	☒ 可 不可	有()歳 (☒ 無)

様式 1-4 新規用（市立高等支援学校用）

食物アレルギー等調査用紙（提出用）

出身中学校

年 組 番 ^(ふりがな) 生徒氏名

保護者氏名

1と2(必要に応じて3)についてご記入ください。

1 食物アレルギーがありますか？(学校給食に出ない食品についてもお答えください。)

() 有

() ない

2 医師により乳糖不耐症と診断され、牛乳を飲むことを止められていますか？

() 止められている

() 止められていない

3 1で「ある」と答えた方は、食物アレルギーの原因となる食品名と症状等をお書きください。(学校給食に出ない食品についてもお記入ください。)

食品名	症状等	加熱したら 食べられるか	医療機関での 検査・診断
		可 不可	有(歳) 無
		可 不可	有(歳) 無
		可 不可	有(歳) 無
		可 不可	有(歳) 無
		可 不可	有(歳) 無
		可 不可	有(歳) 無
		可 不可	有(歳) 無
		可 不可	有(歳) 無

※食物アレルギーの有無にかかわらず、全員提出してください。

様式 1-5 在校生用（市立高等支援学校用）

令和 年 月 日

保護者各位

市立札幌 高等支援学校
校長

食物アレルギー等調査のお願い

保護者の皆様におかれましては、ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。

このたび、次年度に向けて、特定の食品でアレルギー症状を起こす生徒の状況等について把握したいと考えています。

つきましては、裏面の食物アレルギー等調査用紙に必要事項をご記入の上、

月 日()までに必ずご提出ください。(毎年全員に提出していただく調査です。)

食物アレルギーのあるお子さんにつきましては、お話を伺う場合があります。

記入例

食物アレルギー等調査用紙（提出用）

〇年 〇組 〇番 ^(ふりがな) 生徒氏名 〇〇 〇〇 保護者氏名 〇〇 〇〇

1と2(必要に応じて3)についてご記入ください。

1 (1) 食物アレルギーがありますか？(学校給食に出ない食品についてもお答えください。)

() 〇 ある () ない

(2) 前回調査以降、アレルギー症状がなくなった食品はありますか？

() 〇 ある () ない

食品名(小麦)

2 医師により乳糖不耐症と診断され、牛乳を飲むことを止められていますか？

() 止められている () 〇 止められていない

3 1で「ある」と答えた方は、食物アレルギーの原因となる食品名と症状等をお書きください。
(学校給食に出ない食品についてもお記入ください。)

	食品名	症状等	加熱したら 食べられるか	医療機関での 検査診断
継続	鶏卵	生で食べたときに湿疹が出る。	(可) 不可	有(6歳) 無
	いくら・ たらこ	じんましん、喉がイガイガする。 ししゃもの卵は食べられる。	(可) 不可	有(歳) (無)
	えび	じんましん、顔が赤くなる。 えびが混ざっているおかずは、えび を取り除いても食べられない。	可 (不可)	有(4歳) 無
	牛乳	飲んだことがないからわからない。	可 不可	有(歳) (無)
新規	りんご	喉や目がかゆくなる。	可 (不可)	有(歳) (無)

様式 1-5 在校生用（市立高等支援学校用）

食物アレルギー等調査用紙（提出用）

年 組 番 ^(ふりがな) 生徒氏名 保護者氏名

1と2(必要に応じて3)についてご記入ください。

1 (1) 食物アレルギーがありますか？(学校給食に出ない食品についてもお答えください。)

() ある () ない

(2) 前回調査以降、アレルギー症状がなくなった食品はありますか？

() ある () ない

 食品名()

2 医師により乳糖不耐症と診断され、牛乳を飲むことを止められていますか？

() 止められている () 止められていない

3 1で「ある」と答えた方は、食物アレルギーの原因となる食品名と症状等をお書きください。(学校給食に出ない食品についてもお記入ください。)

	食品名	症状等	加熱したら 食べられるか	医療機関での 検査診断
継続			可 不可	有(歳) 無
			可 不可	有(歳) 無
			可 不可	有(歳) 無
			可 不可	有(歳) 無
			可 不可	有(歳) 無
新規			可 不可	有(歳) 無
			可 不可	有(歳) 無

※食物アレルギーの有無にかかわらず、全員提出してください。

様式2

学校名 _____ 名前 _____ (男・女) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 年 _____ 月 _____ 日 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。

学校生活上の留意点		緊急時連絡先	
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・食料を扱う授業・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場合 ※本欄に○がついた場合は、該当する食品を使用した場合が困難となる場合があります。 鶏卵：卵黄カルシウム 牛乳：乳糖・乳清糖・乳糖・乳糖 小麦：醤油・酢・味噌 大豆：大豆油・醤油・味噌 コマ：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. 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・除去後経過 該当する食品の番号に○をし、かつ()内に除去後経過を記載 1. 鶏卵 () 該当するものを全てを()内に記載 2. 牛乳・乳製品 () ① 明らか症状の既往 ② 食物経口負荷試験陽性 3. 小麦 () ③ 抗体検査結果陽性 ④ 未採取 4. ソバ () 5. ピーナッツ () () に具体的な食品名を記載 6. 甲殻類 () (すべて・エビ・カニ) 7. 木の实類 () (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()		【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) 1. ステロイド吸入薬 () 投与量/日 () 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) 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 () 投与量/日 () 2. その他 () B-3. 長期管理薬(注射) 1. 生物学的製剤 () 投与量/日 () C. 発作時の対応 1. ベータ刺激薬吸入 () 投与量/日 () 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)	

「表」 学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)

札幌市教育委員会

学校名

名前

(男・女)

日生

年

組

提出日

年

月

日

アトピー性皮膚炎(あり・なし)	病型・治療 A.重症度のめやす(厚生労働科学研究班) 1.軽症:面癢に問わず、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、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 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-3.常用する注射薬 1.生物学的製剤 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 ()	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	病型・治療 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 ()	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	病型・治療 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.舌下免疫療法(タニ・スギ) 4.その他 ()	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

〔裏〕学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)

様式3

面談票(食物アレルギー)

<提出をお願いした書類> ☐ 個人調査票 ☐ 実施申請書 ☐ 学校生活管理指導表

年 月 日

聞き取り者サイン

児童生徒氏名
年 組

保護者氏名

連絡先 (- -)

□1 原因となる食品・症状が出る量・加熱したら食べられるかについて教えてください。

* 留意事項を見ながら確認する

食品名	症状・症状が出る量	加熱したら 食べられるか
		食べられる 食べられない
		食べられる 食べられない
		食べられる 食べられない
		食べられる 食べられない
		食べられる 食べられない
		食べられる 食べられない
		食べられる 食べられない
		食べられる 食べられない
		食べられる 食べられない
		食べられる 食べられない
		食べられる 食べられない
		食べられる 食べられない

<留意事項>

【卵】卵豆腐や卵スープ等・うずらの卵・崩れたうずらの卵の入ったおでん等の料理・揚げ物のつなぎ・マヨネーズはどうか

【乳・乳製品】シチュー類・ゼリー・ヨーグルト・アイスクリーム・チーズ・スキムミルク・バターはどうか
(※注)給食のパンには卵(約 2～3.3g)、スキムミルク(約 1～2g)が入っている(ソフトフランスは除く)

【果物】缶詰・ジュース・ゼリー・ジャムはどうか
(※注)カレー等の一部の料理にはりんごを使用している

【その他】魚卵子持ちししゃも・かれい唐揚げ(魚卵が残っている可能性有)等、加熱した魚卵はどうか
甲殻類(エビやカニ)あさり・昆布・わかめ・しらす干し等の海産物全般への微量混入の可能性あり
山芋・長芋里芋はどうか

・料理の中に原因食品が入っていた場合、自分で除けば食べることができるか？

児童生徒氏名 年 組

- 2 医療機関での検査・診断は受けましたか？(受けた ・ 受けていない)
→「受けた」場合(医療機関名:)

- 状況に応じて受診するようすすめる (質問 □4 へ)
(受診していない ・ 受診してから年月が経っている ・ 症状が変化している等)

- 3 治療の状況を教えてください

内服薬	有	無	点眼薬	有	無	学校に携帯する薬	有	無
吸入	有	無	エピペン®の所持	有	無	その他()		

- 4 アナフィラキシーをおこしたことがありますか？(ある ・ ない)
→「ある」場合 (歳ごろ)

□ 当時の状況と対応は？

□ 今後起きた場合の対応は？

- 5 軽度なアレルギー発作の時、どのように対応しますか？

- すぐに保護者に連絡
□ 措置 (口をゆすぐ 患部を冷やす 安静にする 服薬)
□ その他 ()

- 6 家では、原因食品を除去していますか？(している ・ していない)
→「している」場合(している食品:)

- 7 コンタミネーション(微量混入)でもアレルギー症状を引き起こす可能性はありますか？(ある ・ ない)
□ アレルギー専用の調理設備や器具類を使用していないことを説明する。
□ 給食では揚げ物の油を複数回使用していることを説明する。

- 8 給食の対応について

- ① 原因食品が給食に出たとき、自分で除去できますか？(食品名:)(できる ・ できない)
- ② 完全除去(手引き P2 参照)を希望しますか？(食品名:)(する ・ しない)
- ③ 学校で用意する除去食(鶏卵・うずらの卵・マヨネーズ・乳製品)、代替食(アイスクリーム・ヨーグルト・ゼリー・プリン類・ジャム・バター)を希望しますか？ (する ・ しない)
- ④ 弁当又は代わりのものを持参しますか？ (する ・ しない)
- ⑤ 牛乳停止を希望しますか？ (する ・ しない)
- ⑥ ごはん、パン、めんいづれかの停止を希望しますか？ (する ・ しない)
- ⑦ 副食(牛乳・主食以外のすべて)の停止を希望しますか？ (する ・ しない)
- ⑧ 詳しい使用食材の一覧表が必要ですか？ (必要 ・ 不要)
- ⑨ 毎月「学校給食アレルギー対応依頼書」での確認を希望しますか？ (する ・ しない)
- ⑩ 給食当番ではどのような配慮が必要ですか？

<留意事項>⑤・⑥・⑦は減額対応があることを伝える

- 9 8の②～⑦に当てはまる場合や、①のうち「学校給食アレルギー対応依頼書」による配慮や管理が必要な場合は、医師が記入した学校生活管理指導表が必要なことを伝え、今後用意するようにお願いします。
食物アレルギーについて教室内等で情報共有することに承諾いただけるかを確認する。

- 10 学校生活や学校行事の中で、どのような配慮を希望しますか？(宿泊行事 遠足 調理実習 等)

- 11 食物以外のアレルギーはありますか？(ある ・ ない)
→「ある」場合()

様式 4-1

食物アレルギー等対応 実施申請書(新規用)

令和 年 月 日

札幌市立 学校長 様

保護者氏名 _____

食物アレルギーによる学校給食への対応について、下記のとおり申請します。

なお、食物アレルギー対応の実施にあたり、微量混入(コンタミネーション)の可能性があることに同意いたします。

記

(ふりがな) 児童生徒氏名		年組	年 組
緊急連絡先 (勤務先など)		電話番号	
		電話番号	
希望する対応内容(該当項目にチェックする☐)			
給食調理での 対応	除去食	(☐ 鶏卵・うずらの卵・マヨネーズ ☐ 牛乳・乳製品)	
	代替食	(☐ アイスcream ☐ ヨーグルト ☐ゼリー・プリン類 ☐ ジャム ☐ バター)	
給食調理以外 での対応	☐ 牛乳停止 ☐ 副食停止(牛乳・主食以外のすべて)		
	☐ ごはん停止 ☐ パン停止 ☐ めん停止		
	☐ 自己除去(食品名)		
	☐ 家庭より持参(食品名)		
☐ 詳しい食材一覧表が必要			
☐ 完全除去を希望します。(食品名)			
完全除去とは、食物の分量による対応や加熱・非加熱を区別した対応は行わず、原因食物を含む料理全体を完全に食べない対応のこと。			

※ 給食調理での対応、牛乳停止等、学校での管理が必要な場合には、医師が記入した「学校生活管理指導表」を提出していただきます。(乳糖不耐症の場合は医師の診断書または学校生活管理指導表を提出していただきます。)

※ ご記入いただいた食物アレルギーの情報は、学校での安全管理のため関係教職員に周知します。

様式 4-2

(裏面) 学校給食に食物アレルギーの原因食品が出る場合はご記入ください。

食物アレルギー等対応 実施申請書(6年生用)

令和 年 月 日

札幌市立 中学校長 様

保護者氏名 _____

食物アレルギーによる学校給食への対応について、下記のとおり申請します。

学校生活管理指導表が必要な場合は中学校に提出いたします。

なお、食物アレルギー対応の実施にあたり、微量混入(コンタミネーション)の可能性のあることに同意いたします。

記

(ふりがな) 児童生徒氏名		年組	中学 1年 組 (※組は中学校で記入)
緊急連絡先 (勤務先など)		電話番号	
		電話番号	
希望する対応内容(該当項目にチェックする☐)			
給食調理 での対応	除去食	(☐ 鶏卵・うずらの卵・マヨネーズ ☐ 牛乳・乳製品)	
	代替食	(☐ アイスクリーム ☐ ヨーグルト ☐ゼリー・プリン類 ☐ ジャム ☐ バター)	
給食調理 以外での 対応	☐ 牛乳停止 ☐ 副食停止(牛乳・主食以外のすべて)		
	☐ ごはん停止 ☐ パン停止 ☐ めん停止		
	☐ 自己除去(食品名 _____)		
	☐ 家庭より持参(食品名 _____)		
☐ 詳しい食材一覧表が必要			
☐ 完全除去を希望します。(食品名 _____)			
完全除去とは、食物の分量による対応や加熱・非加熱を区別した対応は行わず、原因食物を含む料理全体を完全に食べない対応のこと。			

※ 給食調理での対応、牛乳停止等、学校での管理が必要な場合には、医師が記入した「学校生活管理指導表」を提出していただきます。(乳糖不耐症の場合は医師の診断書または学校生活管理指導表を提出していただきます。)

※ ご記入いただいた食物アレルギーの情報は、学校での安全管理のため関係教職員に周知します。

様式 4-3 市立高等支援学校用

食物アレルギー等対応 実施申請書(新規用)

令和 年 月 日

市立札幌 高等支援学校長 様

保護者氏名 _____

食物アレルギーによる学校給食への対応について、下記のとおり申請します。
 なお、食物アレルギー対応の実施にあたり、微量混入(コンタミネーション)の可能性
 があることに同意いたします。

記

(ふりがな) 生徒氏名		年組	年 組 (※組は高等支援学校で記入)
緊急連絡先 (勤務先など)		電話番号	
		電話番号	
希望する対応内容(該当項目にチェックする☐)			
給食調理での 対応	除去食	(☐ 鶏卵・うずらの卵・マヨネーズ ☐ 牛乳・乳製品)	
	代替食	(☐ アイスcream ☐ ヨーグルト ☐ ゼリー・プリン類 ☐ ジャム ☐ バター)	
給食調理以外 での対応	☐ 牛乳停止 ☐ 副食停止(牛乳・主食以外のすべて)		
	☐ ごはん停止 ☐ パン停止 ☐ めん停止		
	☐ 自己除去(食品名)		
	☐ 家庭より持参(食品名)		
☐ 詳しい食材一覧表が必要			
☐ 完全除去を希望します。(食品名)			
完全除去とは、食物の分量による対応や加熱・非加熱を区別した対応は行わず、原因食物を含む料理全体を完全に食べない対応のこと。			

※ 給食調理での対応、牛乳停止等、学校での管理が必要な場合には、医師が記入した「学校生活管理指導表」を提出していただきます。(乳糖不耐症の場合は医師の診断書または学校生活管理指導表を提出していただきます。)

※ ご記入いただいた食物アレルギーの情報は、学校での安全管理のため関係教職員に周知します。

様式 5-1

食物アレルギー等対応 実施申請書(継続用)

令和 年 月 日

札幌市立 学校長 様

保護者氏名 _____

食物アレルギーによる学校給食への対応について、下記のとおり申請します。

診断の結果は、変更が(ありません ・ あります)。

なお、食物アレルギー対応の実施にあたり、微量混入(コンタミネーション)の可能性が
あることに同意いたします。

記

(ふりがな) 児童生徒氏名		年組	年 組
緊急連絡先 (勤務先など)		電話番号	
		電話番号	
希望する対応内容(該当項目にチェックする☑)			
給食調理での 対応	除去食	(☐ 鶏卵・うずらの卵・マヨネーズ ☐ 牛乳・乳製品)	
	代替食	(☐ アイスクリーム ☐ ヨーグルト ☐ ゼリー・プリン類 ☐ ジャム ☐ バター)	
給食調理以外 での対応	☐ 牛乳停止 ☐ 副食停止(牛乳・主食以外のすべて) ☐ ごはん停止 ☐ パン停止 ☐ めん停止		
	☐ 自己除去(食品名 _____)		
	☐ 家庭より持参(食品名 _____)		
	☐ 詳しい食材一覧表が必要		
☐ 完全除去を希望します。(食品名 _____) 完全除去とは、食物の分量による対応や加熱・非加熱を区別した対応は行わず、原因食物を含む料理全体を完全に食べない対応のこと。			

※ 給食調理での対応、牛乳停止等、学校での管理が必要な場合には、医師が記入した「学校生活管理指導表」を提出していただきます。(乳糖不耐症の場合は医師の診断書または学校生活管理指導表を提出していただきます。)

※ ご記入いただいた食物アレルギーの情報は、学校での安全管理のため関係教職員に周知します。

様式 5-2 市立高等支援学校用

食物アレルギー等対応 実施申請書(継続用)

令和 年 月 日

市立札幌 高等支援学校長 様

保護者氏名 _____

食物アレルギーによる学校給食への対応について、下記のとおり申請します。
 診断の結果は、変更が(ありません ・ あります)。
 なお、食物アレルギー対応の実施にあたり、微量混入(コンタミネーション)の可能性が
 あることに同意いたします。

記

(ふりがな) 生徒氏名		年組	年 組
緊急連絡先 (勤務先など)		電話番号	
		電話番号	
希望する対応内容(該当項目にチェックする☐)			
給食調理 での対応	除去食	(☐ 鶏卵・うずらの卵・マヨネーズ ☐ 牛乳・乳製品)	
	代替食	(☐ アイスクリーム ☐ ヨーグルト ☐ゼリー・プリン類 ☐ ジャム ☐ バター)	
給食調理 以外での 対応	☐ 牛乳停止 ☐ 副食停止(牛乳・主食以外のすべて)		
	☐ ごはん停止 ☐ パン停止 ☐ めん停止		
	☐ 自己除去(食品名)		
	☐ 家庭より持参(食品名)		
☐ 詳しい食材一覧表が必要			
☐ 完全除去を希望します。(食品名)			
完全除去とは、食物の分量による対応や加熱・非加熱を区別した対応は行わず、原因食物を含む料理全体を完全に食べない対応のこと。			

※ 給食調理での対応、牛乳停止等、学校での管理が必要な場合には、医師が記入した「学校生活管理指導表」を提出していただきます。(乳糖不耐症の場合は医師の診断書または学校生活管理指導表を提出していただきます。)

※ ご記入いただいた食物アレルギーの情報は、学校での安全管理のため関係教職員に周知します。

様式6

食物アレルギー個人調査票 (秘) 裏面もあります

※高：市立の高等支援学校で使用

年度												
学校名												
学年	小1	2	3	4	5	6	中1	2	3	高1	2	3
学級												
番号												

保護者記入欄(太字部分の記入をお願いします)

※小・中・高 通年で使用する様式です

ふりがな 児童生徒氏名					性別	男・女	生年月日	年 月 日生				
保護者氏名					電話番号							
					緊急連絡先							
保護者住所	〒											
主治医	病院名(						)電話番号(					
	主治医名(						)					
管理指導表	有・無	①		②		③		④				
検査等	有・無	①		②		③		④				

原因 食品							①食品除去は(医師・保護者)の判断で行っている ②食物によるアナフィラキシーを起こしたことがある(年 月・ない)					
症状	(年 月)											
病院・家庭 での 処置・対応 (経年経過)	(年 月)											

※「A 弱い症状」であっても、10 分以内に反応が治まらない場合には「B 強い症状」の対応に移行する

緊急時の 対応	A 弱い反応 (皮膚症状)	1 保護者()へ連絡 2 ()病院の()医師へ連絡(Tel)
	B 強い反応 (呼吸困難) (腫れ)	1 すぐに救急車を呼び、医療機関に搬送 2 保護者()へ連絡 3 ()病院の()医師へ連絡(Tel) 4 その他()

服薬	年 月	年 月
	薬名()	薬名()
	飲み方()	飲み方()
調理実習 宿泊学習での配慮 希望		

学校記入欄（以下は学校で経過を記入します）
〈学校給食における対応決定事項〉

	決定 (年 月 日)	変更 (年 月 日)	変更 (年 月 日)
完全除去	(食品名)		
「給食調理」での対応	除去食対応 (食品名) 代替食対応 (食品名)		
「給食調理以外」での対応	牛乳停止 パン停止 ご飯停止 めん停止 副食停止		
	自己除去対応 (食品名)		
	弁当(または代替食)持参 (食品名)		
	使用食材一覧表配布		

〈学校での様子〉*学校でアレルギーを発症した場合などに記録する

	年 月 日	年 月 日	年 月 日
症状			
処置経過			
その他			

〈その他・特記事項等〉*要記入年月日

様式7

食物アレルギー対応児童生徒一覧表（例）

年度				アレルギー	症状 配慮事項 (薬・その他)	医療機関名	保管書類				「給食調理」での対応		「給食調理以外」での対応						食材一 覧表希 望	対応 不要
年	組	番号	氏名				個人 調査 票	管 理 指 導 表	実 施 申 請 書	完 全 除 去	除 去 食	代 替 食	自 己 除 去	弁 当 等 持 参	ご は ん 停 止	パ ン 停 止	め ん 停 止	牛 乳 停 止		
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				

※食物アレルギー対応児童生徒一覧表(例)に記載する事項について(例)

○基本情報

- ・年、組、(番号)
- ・氏名
- ・アレルギー
- ・症状、配慮事項(薬・その他)
- ・医療機関名

○保管書類

- ・個人調査票
- ・管理指導表
- ・実施申請書

○対応

- ・完全除去
- ・除去食
- ・代替食
- ・自己除去
- ・弁当等持参
- ・ごはん停止
- ・パン停止
- ・めん停止
- ・牛乳停止
- ・食材一覧表希望
- ・対応不要

様式8

☆☆ 学校給食アレルギー対応依頼書

保護者はサインでも可

学校 年 組 番 氏名

校長	教頭	担任	養護教諭	給食担当	栄養教諭 栄養士	保護者

希望される対応方法の項目に○を付け、 月 日 () までに提出してください。

＊印は含まれるアレルギー ★印は除去食対象献立 ▲印は代替食対象献立

令和 6 年 5 月

日付	曜日	献立名	含まれるアレルギー						希望される対応方法					備考
			う ず 鶏 卵	乳	小 麦	え び	か に	ご ま	除 去 食 ★	代 替 食 ▲	食 べ る	自 己 除 去	家 庭 持 参 より	
5/7	水	かぼちゃパン	*	*	*				—	—				
		牛乳		*	*				—	—				
		キャロットポタージュ		*	*				—	—				
		★ほっけのオートミールフライ (卵除去食あり)	*		*					—				
		大根サラダ			*			*	—	—				
5/8	木	たぬきうどん(えび入り)	*		*	*			—	—				
		牛乳		*					—	—				
		チーズポテト		*					—	—				
		ジュシーオレンジ							—	—				
5/9	金	チキンライス		*					—	—				
		牛乳		*					—	—				
		★ちくわチーズつめフライ (卵・乳除去食あり)	*	*	*					—				
		フルーツカクテル							—	—				
5/12	月	ハヤシライス			*				—	—				
		牛乳		*					—	—				
		ほうれん草とコーンのサラダ			*			*	—	—				
		りんご							—	—				
5/13	火	ごはん							—	—				
		牛乳		*					—	—				
		五目煮(醤油)			*				—	—				
		ししゃものピリカラ揚げ1本(小学校)			*				—	—				
		おひたし(小松菜・もやし)			*				—	—				
5/14	水	豆パン	*	*	*				—	—				
		牛乳		*					—	—				
		ワンタンスープ塩			*				—	—				
		お好み揚げ(えび入り)	*		*	*			—	—				
		中華サラダ			*			*	—	—				
5/15	木	ゆであげミートソース			*				—	—				
		牛乳		*					—	—				
		あさりのサラダ			*			*	—	—				
		▲ヨーグルト		*					—	—				
5/19	月	★味噌かつ丼(卵除去食あり)	*		*			*		—				
		牛乳		*					—	—				
		すまし汁(豆腐・わかめ)			*				—	—				
		磯和え(小松菜・白菜)			*				—	—				

※子学校での帳票の取扱いについて

子学校は保護者からの依頼書の提出後、親学校の栄養教諭・栄養士に原本を送付する。
 栄養教諭・栄養士は確認(押印)し、子学校に返送する。原本は子学校で保管する。

樣式9-1 親・单独校用（直営）

【食物アレルギー—対応食ナエツク表】

学校

（田）里年

献立名

原因食品

[illegible]

上記のとおり、間違いないくアレルギー対応食を提供しましたので報告いたします。

学校長	教頭	栄養教諭 栄養士	調理員 (リーダー)

樣式9-2 親・单独校用（委託）

学校

【食物アレルギー対応食 チェック表】

年 月 日()

原因食品
献立名

[illegible]

上記のとおり、間違いなくアレルギー対応食を提供しましたので報告いたします。

學校長	教頭	宋襄教諭 宋襄士	業務責任者

様式9-3 子学校用（直営）

【食物アレルギー対応食 チエック表】

学校

	年 月 日()
<u>原因食品</u>	
<u>献立名</u>	

[illegible]

上記のとおり、間違いないくアレルギー対応食を提供しましたので報告いたします。

学校長	教頭	配膳員	栄養教諭 栄養士	調理員 (1—ター)
-----	----	-----	-------------	---------------

様式9-4 子学校用（委託）

【食物アレルギー対応食 チェック表】

学校

年月日()	原因食品	献立名

献立名

[illegible]

上記のとおり、間違はなくアレルギー対応食を提供しましたので報告いたします。

學校長	教頭	配膳員	栄養教諭 栄養士	業務責任者
-----	----	-----	-------------	-------

提出用

【学校給食 食物アレルギー対応確認書】 ※本書は保護者が記載するものです。
これまで、主治医から診断のあった内容について、あらかじめ鉛筆等で下書きをした上で医療機関へ持参し、記載内容を医師と相談・確認してください。
確認いただけましたらボールペン等で清書し、学校生活管理指導表とあわせて 月 日までに学校へ提出してください。
なお、内容によっては、記載されたとおりの対応ができない場合もありますので、ご了承ください。

食品と給食での提供方法	給食では一切食べない	給食で食べる	給食では条件付きで食べる
☐ 鶏卵 ※生や半熟のものは提供しません ①つなぎとして卵が入った加工品や料理 ②衣の中に卵が入っている揚げ物 ③マヨネーズを使った料理 ④といた卵が入った汁物・煮し物			
☐ ウズラの卵 ※生では提供しません ・具材として入っている料理			
☐ 魚卵 ※生では提供しません (食品名) ①子持ちのししやもを使った料理 ②カレイを使った料理(卵が入っていることがあります)			
☐ 牛乳 ①飲用牛乳(毎日提供 200mL/個 加熱なし) ②使用する料理(シチュー類やデザートなど)			
☐ 乳製品 スキムミルク チーズ ヨーグルト パター など ①献立の一品(スライスチーズなど) ②使用する料理(シチュー類やデザートなど)			
☐ 果物(食品名) ①デザートとして生で食する一品 ②加熱したものや加工品 (ジャム・缶詰・ゼリー・ジュースなど)			
☐ エビ ※生では提供しません ①具材として入っている料理 ②海藻や小魚、あさりに混ざっている小さいエビ			
☐ カニ ※生では提供しません ①具材として入っている料理 ②海藻や小魚、あさりに混ざっている小さいカニ			
☐ エビ・カニ以外の魚介類 ※生では提供しません (食品名)			
☐ その他 (食品名)			
☐ その他 (食品名)			
☐ その他 (食品名)			

上記について医師(医療機関名:)と確認をしました。

令和 年 月 日

ここに記載された内容は、学校給食におけるアレルギー対応について検討する際の資料とし、学校での安全確認のため関係教職員に周知します。

児童生徒氏名
保護者氏名 (自署)

様式 10 記入例

保護者の皆様へ

学校給食で食物アレルギー対応を行うにあたって 医師と確認してほしいこと

学校給食における食物アレルギー対応は医師の診断を基に行っております。診断内容は医師が記載する学校生活管理指導表等で確認いたしますが、食品の除去程度などは別紙の「学校給食 食物アレルギー対応確認書」にて確認いたします。つきましては、食品の除去程度などを主治医に確認していただき、その内容を別紙「学校給食 食物アレルギー対応確認書」に記入してください。記入後は学校生活管理指導表とあわせて 月 日までに学校へ提出をお願いします。

「学校給食 食物アレルギー対応確認書」記載方法

- ①家で下書きをします。
- ②病院を受診し医師と①の内容について相談、確認をしてください。
- ③ボールペンで清書して学校に提出してください。

※下書きについてはこれまでの医師の診断や家庭での摂食状況を踏まえてご記入ください。

※**家庭でほとんど摂取しておらず、アレルギー反応の状況が分からないものについては、給食では食べず、除去することを基本**とします。家庭で摂取するようになって、食べられることを医師と確認した場合は、お知らせください。

食品別に給食での提供方法が書かれています。それぞれの提供方法について給食ではどのように対応するか、アレルギーのある食品に☑をし、右の対応の欄に数字等を記入してください。

<記入例>

食品と給食での提供方法	給食では 一切食べない	給食で 食べる	給食では条件 付きで食べる
☒ 鶏卵 アレルギーのある食品に☑を入れてください ①つなぎとして卵が入った加工品や料理 ②衣の中に卵が入っている揚げ物 ③マヨネーズを使った料理 ④といった卵が入った汁物・蒸し物	③	① ②	④ 1日1/2個 まで
☒ 果物(食品名 リンゴ、桃、さくらんぼ) ①デザートとして生で食する一品 ②加熱したものや加工品 (ジャム・缶詰・ゼリー・ジュースなど)	①	②	条件付きの場合は、その条件も記載してください
☒ 魚卵 ※生では提供しません (食品名 いくら、たらこ) ①子持ちのししゃもを使った料理 ②カレイを使った料理(卵が入っていること)	いくら・たらこ等、給食で出ない食品名も記入してください	① ②	
☒ ウズラの卵 ※生では提供しません ・具材として入っている料理	該当する食品名がない場合は「その他」の欄に食品名を記入した上で、右の対応欄にご記入ください	○	
☐ その他(食品名)			

上記について医師(医療機関名: ●●病院

医療機関名についても
保護者の方が記載してください

令和 ●年 ●月
 児童生徒氏名 教育 太郎
 保護者氏名 教育 花子 (自署)

①などの番号がない食品については○で記入してください

様式 11-1 小中学校用

食物アレルギー等対応 解除申請書

令和 年 月 日

(あて先)
札幌市立 学校長 様

保護者氏名 _____

食物アレルギー等による学校給食対応の解除について、下記のとおり申請します。

記

(ふりがな) 児童生徒氏名		年 組	年 組
解除する 食品名			
確認事項 (チェックを 入れてください。)	☐ 医師の指導の下、対応の必要がないと判断されています。 ☐ これまでに家庭で給食提供最大量を複数回摂取し、症状が誘発されていません。		

※ 食材発注に関わる食品(牛乳、パン等)につきましては、解除開始可能日を担当者でご確認ください。

※ 現在学校に提出している「学校生活管理指導表」の内容に変更がある場合は、医師により変更内容を記載していただいた上、再度ご提出をお願いいたします。

以下は学校の確認欄です。

解除開始日	令和 年 月 日
※学校で担当者が記入	

※複写(控)を家庭に返却すること。

様式 11-2 市立高等支援学校用

食物アレルギー等対応 解除申請書

令和 年 月 日

(あて先)

市立札幌

高等支援学校長 様

保護者氏名 _____

食物アレルギー等による学校給食対応の解除について、下記のとおり申請します。

記

(ふりがな) 生徒氏名		年 組	年 組
解除する 食品名			
確認事項 (チェックを 入れてください。)	☐ 医師の指導の下、対応の必要がないと判断されています。 ☐ これまでに家庭で給食提供最大量を複数回摂取し、症状が誘発されていません。		

※ 食材発注に関わる食品(牛乳、パン等)につきましては、解除開始可能日を担当者でご確認ください。

※ 現在学校に提出している「学校生活管理指導表」の内容に変更がある場合は、医師により変更内容を記載していただいた上、再度ご提出をお願いいたします。

以下は学校の確認欄です。

解除開始日 ※学校で担当者が記入	令和 年 月 日
---------------------	----------

※複写(控)を家庭に返却すること。

学校給食における食物アレルギー等対応に係る書類の提出

資料1

○必要 ×不要 △場合により必要

提出書類 対応内容		食物アレルギー等 対応 実施申請書	学校生活管理指導表 (学校給食 食物ア レルギー対応確認書) ^{注1}	食物アレルギー 個人調査票
<給食調理 での対応>	除去食・代替食	○	○	○
	牛乳・ごはん・パン・ めん・副食停止	○	○	○
	自己除去	○	△ 【必要な場合】 「学校給食アレルギー 対応依頼書」による配 慮や管理が必要な場 合 ^{注2}	○
	弁当持参	○	○	○
<対応なし> ※給食に出ない食品でアレルギー症状 がでる場合		×	△ 【必要な場合】 エピペン [®] が処方され ている等、園・学校に おいて配慮や管理が 必要な場合	○
乳糖不耐症		○	○※ ※診断書等、医師の 診断が分かる書類 の提出も可	×

注1 学校生活管理指導表の取扱いについては、P. 7 および「札幌市立幼稚園・学校におけるアレルギー疾患対応マニュアル」を参照。

なお、学校給食 食物アレルギー対応確認書は、除去程度について確認が必要な場合に提出する。

注2 ここに該当しなくとも、医療機関を受診していない場合には、不必要な除去を防ぐため医療機関の受診を勧める。

特に小学校低学年では、自己管理能力が不十分であるため、学校での管理の必要性については、十分保護者と面談等で協議する。

各種様式の保存期間

	様式	保存(保管)期間	保存(保管)期間後の取扱い等
1	食物アレルギー等調査のお願い・食物アレルギー等調査用紙(提出用) (様式 1-1、1-2、1-3、1-4、1-5)	次年度調査まで	廃棄
2	学校生活管理指導表 (様式 2)(注) (「意見書」も同様の取扱いとする。)	在校中	返却 ※対応に変更がない場合引継ぎする。 ※対応に変更がある場合返却し、改めて提出を依頼する。
3	面談票(様式 3)	次回面談票作成まで	廃棄
4	食物アレルギー等対応 実施申請書 (様式 4-1、4-2、4-3、5-1、5-2)	5年	廃棄
5	食物アレルギー個人調査票 (様式 6)	在校中	廃棄 ※進学の際は申し送る。
6	食物アレルギー対応児童生徒一覧表 (例)(様式7)	次年度分作成まで	廃棄
7	学校給食アレルギー対応依頼書 (様式8)	1 年	廃棄
8	食物アレルギー対応食 チェック表 (様式9-1、9-2、9-3、9-4)	1 年	廃棄
9	学校給食 食物アレルギー対応確認書(様式 10)(注)	在校中	返却 ※対応に変更がない場合引継ぎする。 ※対応に変更がある場合返却し、改めて提出を依頼する。
10	食物アレルギー等対応 解除申請書 (様式 11-1、11-2)	在校中	廃棄 ※進学の際は申し送る。

注 様式 2 および様式 10 については、エピペン[®]の管理も含め、学校での配慮や管理が完全に不要になった場合、保護者へ返却する。

学校給食における食物アレルギー対応の手引き検討会議設置要綱

制定 令和6年5月21日
教育長決裁

(目的)

- 第1条 本市の学校給食における食物アレルギー対応の充実を図るため、「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン（令和元年度改訂）」「学校給食における食物アレルギー対応指針（平成27年3月 文部科学省）」等に基づき、「学校給食における食物アレルギー対応の手引き」を改訂するため、教育委員会に学校給食における食物アレルギー対応の手引き検討会議（以下「検討会議」）を設置する。
- 2 検討会議は札幌市附属機関等の設置及び運営に関する要綱における「懇話会」として設置する。

(検討内容)

- 第2条 検討会議での検討内容は、次に掲げるものとする。
- (1) 学校給食における食物アレルギー対応の体制の充実について
 - (2) 様式の見直しについて
 - (3) その他対応にあたり必要とされる事項

(組織等)

- 第3条 検討会議は次に掲げる者で構成する。
- | | |
|------------------------|----|
| (1) 学校医 | 1名 |
| (2) 札幌市立小学校長 | 1名 |
| (3) 札幌市立中学校長 | 1名 |
| (4) 養護教諭 | 2名 |
| (5) 栄養教諭・栄養士 | 2名 |
| (6) 学校教育部教育課程担当課指導主事 | 1名 |
| (7) 学校教育部教育推進課保健指導担当係長 | 1名 |
| (8) 生涯学習部学校給食課栄養指導担当係長 | 1名 |

(任期)

- 第4条 構成員の任期は、委嘱の日から令和7年3月31日までとする。ただし、途中交代した際の後任者の委嘱期間は前任者の委嘱期間を引き継ぐものとする。

(議長等)

- 第5条 検討会議には、議長及び副議長を置く。
- 2 会議の議長は、小学校長が務め、副議長は議長が指名する。
 - 3 議長に事故があるときは、副議長がその職務を代理する。

(謝礼)

第6条 委員が会議に出席した場合には、日額12,500円(税込み)の謝礼を支給する。

2 委員が参集して会議に参加した場合の交通費は実費弁償とする。

3 第1項及び第2項の規定は、本市職員(教職員を含む)には適用しないものとする。

(会議録の公開)

第7条 検討会議開催後は、会議録を作成の上公開することとする。ただし、児童生徒等の個人情報に関わる内容については、非公開とする。

(守秘義務)

第8条 構成員で検討会議に出席した者は、職務上知り得た秘密を漏らしてはならない。また、構成員の職を退いた後も同様とする。

(庶務)

第9条 委員会の庶務は、札幌市教育委員会生涯学習部学校給食課(栄養指導担当)において行う。

(その他)

第10条 この要綱に定めるもののほか、検討会議の運営に関し必要な事項は、学校支援担当部長が別に定める。

附 則

(施行期日) この要綱は、令和6年7月1日から適用する。

学校給食における食物アレルギー対応の手引き検討会議 構成員名簿

任期：令和6年7月1日～令和7年3月31日

選出分野	氏 名	所 属	職 名
学 校 医	高 橋 豊	KKR 札幌医療センター	KKR 札幌医療センター 小児・アレルギーリウマチセンター特任部長 札幌市立豊園小学校及び 札幌市立月寒東小学校 学校医
校 長	◎ 近 香 奈 子	手稲宮丘小学校	小 学 校 長
校 長	○ 下 山 敏 晴	発 寒 中 学 校	中 学 校 長
養 護 教 諭	北 嶋 み ず き	栄 小 学 校	養 護 教 諭
養 護 教 諭	塩 谷 佳 子	開成中等教育学校	養 護 教 諭
栄 養 教 諭 栄 養 士	橋 本 麻 美	発 寒 南 小 学 校	栄 養 教 諭
栄 養 教 諭 栄 養 士	新 妻 優 子	南ヶ丘中学校	栄 養 教 諭
指 導 主 事 (教 員)	河 本 岳 哉	札幌市教育委員会 学 校 教 育 部 教 育 課 程 担 当 課	義務教育担当係指導主事
指 導 主 事 (養護教諭)	山 角 亜 沙 美	札幌市教育委員会 学 校 教 育 部 教 育 推 進 課	保 健 指 導 担 当 係 長
指 導 主 事 (栄養教諭)	大 塚 弥 生	札幌市教育委員会 生 涯 学 習 部 学 校 給 食 課	栄 養 指 導 担 当 係 長

◎議長 ○副議長

事務局

	氏 名	備 考
札幌市教育委員会	近 藤 光 雄	学 校 給 食 課 長
	松 本 文 恵	栄 養 指 導 担 当 係 長
	町 田 遥 菜	栄 養 指 導 担 当