

# 各種様式

- 様式1 学校給食における食物アレルギー調査のお願い  
(1-1 新規用、1-2 在校生用、1-3 6年生用)
  - 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 食物アレルギー対応食 実施申請書  
(4-1 新規用、4-2 6年生用)
  - 様式5 食物アレルギー対応食 実施申請書 (継続用)
  - 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
  - 様式8 学校給食アレルギー対応依頼書
  - 様式9 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))
- 学校給食におけるアレルギー対応に関する書類の提出  
各種様式の保存期間

平成 年 月 日

保護者各位

札幌市立 小中学校  
校長

## 学校給食における食物アレルギー調査のお願い

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。

さて、学校では全児童生徒を対象に給食を実施していますが、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、下記の項目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、面談等でお話を伺います。その中で、給食で対応できる献立などについてご説明いたします。また、給食でのアレルギー対応を希望される場合、医師の診断が必要ですので、あらかじめご了承ください。面談の日程につきましては、後日お知らせいたします。

-----キ-----リ-----ト-----リ-----  
年 組 番 児童生徒氏名

保護者氏名

1と2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。

( ) 有る→質問(2)へ ( ) とくにない→質問2へ

(2) (1) であると答えた方は、下記の質問にお答えください。

食物アレルギーの原因となる食品名と症状をお書きください。

食品名	症状など	医療機関受診の有無	
(例) 鶏卵(生)	(例) 生で食べたときに湿疹が出る。 加熱すると食べられる。	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無
		有	無
		有	無
		有	無
		有	無

2 (1) 医師により**乳糖不耐症**と診断されていますか？

( ) 診断されている ( ) 診断されていない

※ 診断されていない方は、ここで質問終了です。

(2) **乳糖不耐症**と診断され、牛乳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

保護者各位

札幌市立 小中学校  
校長

## 学校給食における食物アレルギー調査のお願い

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。

さて、学校では全児童生徒を対象に給食を実施していますが、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、下記の項目に必要な事項をご記入の上、    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、面談等でお話を伺います。詳細は、後日学校からお知らせいたします。

-----キ-----リ-----ト-----リ-----  
 \_\_\_\_\_年 組 番 児童生徒氏名 保護者氏名

1 と 2 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。

(      ) ある→質問(2)、(3)へ (      ) とくにない→質問2へ

(2) (1) であると答えた方は、下記の質問にお答えください。

食物アレルギーの原因となる食品名と症状をお書きください。

※前回調査以降にアレルギー症状が出た食品がある場合「新規」の欄にご記入ください。

	食品名	症状など	医療機関受診の有無	
	(例) 鶏卵(生)	(例) 生で食べると湿疹がでる。 加熱すると食べられる。	有	無
継 続			有	無
			有	無
			有	無
新 規			有	無

(3) 前回調査以降、アレルギー対応がなくなった食品はありますか。

(      ) ある→質問(4)へ (      ) ない→質問2へ

(4) あると答えた方は、食品名をお書きください。食品名(      )

2 (1) 医師により乳糖不耐症と診断されていますか？

(      ) 診断されている→(2)へ (      ) 診断されていない→質問終了

(2) 乳糖不耐症と診断され、牛乳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

(表面) 全員ご記入ください。

各種様式  
様式 1-3 6年生用  
平成 年 月 日

保護者各位

札幌市立 小学校  
校長

### 学校給食における食物アレルギー調査のお願い

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。

さて、学校では全児童生徒を対象に給食を実施していますが、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、下記の項目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。(今回の調査は、進学する中学校へ申し送ります。)

なお、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。

年 組 番 児童生徒氏名

保護者氏名

1、2、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。

( ) 有る→質問(2)、(3)へ ( ) とくにない→質問3へ

(2) (1) であると答えた方は、下記の質問にお答えください。

食物アレルギーの原因となる食品名と症状をお書きください。

※前回調査以降にアレルギー症状が出た食品がある場合「新規」の欄にご記入ください。

	食品名	症状など	医療機関受診の有無	
	(例) 鶏卵(生)	(例) 生で食べると湿疹がでる。 加熱すると食べられる。	<b>有</b>	無
継 続			有	無
			有	無
			有	無
新 規			有	無

(3) 前回調査以降、アレルギー対応がなくなった食品はありますか。

( ) 有る→質問(4)へ ( ) ない→質問2へ

(4) あると答えた方は、食品名をお書きください。食品名( )

2 中学校で学校給食での食物アレルギー対応(牛乳停止、除去食・代替食、自己除去、弁当持参、ごはん・パン・めん停止等)を希望しますか?

( ) 希望する→実施申請書(裏面)もご記入ください ( ) 希望しない

3 (1) 医師により**乳糖不耐症**と診断されていますか?

( ) 診断されている →(2)へ ( ) 診断されていない

(2) **乳糖不耐症**と診断され、牛乳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

様式 2

名前		男・女		平成 年 月 日生( 歳)		学校 年 組		平成 年 月 日 提出日			
<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. 現在使用中の薬剤 1. ステロイド吸入薬 2. 長時間作用性吸入ベータ刺激吸入薬 3. 気管支拡張薬(内服・貼付) 4. ロイコトリエン受容体拮抗内服薬 5. その他 [ ]		<b>病型・治療</b> C. 急性発作時の対応 [ ]		<b>学校生活上の留意点</b> A. 運動(体育・部活動) 1. 管理不要 2. 要管理 B. 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 1. 配慮不要 2. 要配慮 (動物の場合は動物名を記入) C. 宿泊を伴う校外活動 1. 配慮不要 2. 要配慮 D. その他の配慮・管理事項 [ ]		<b>【緊急時連絡先】</b> ★保護者 電話 氏名 ★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		年 月 日 印			
<b>アトピー性皮膚炎 (あり・なし)</b> A. 重症度のめやす 1. 軽症:面積に関わらず、軽度の皮膚のみ。 2. 中等度:強い炎症を伴う皮膚が体表面積の10%未満。 3. 重症:強い炎症を伴う皮膚が体表面積の10%以上、30%未満。 4. 最重症:強い炎症を伴う皮膚が体表面積の30%以上。 ※ 軽度の皮膚:軽度の紅斑、乾燥、落屑、落屑主体の病変 ※ 強い炎症を伴う皮膚:紅斑、丘疹、びらん、湿潤、苔癬化などを伴う病変 B. 現在使用中の薬 1. ステロイド外用薬 2. 非ステロイド抗炎症外用薬 3. 保湿外用薬 4. タクロリムス外用薬 5. 抗ヒスタミン内服薬 6. 抗アレルギー内服薬 7. その他(抗ヒスタミン作用あり・なし) [ ]		<b>病型・治療</b> C. 食物摂取による悪化 1. あり [ ] 2. なし 3. 不明 [ ]		<b>学校生活上の留意点</b> A. 水泳学習(参加可・否) 1. 管理不要 2. 要管理 B. 長時間の紫外線下での活動 1. 管理不要 2. 要管理 C. 動物との接触 1. 配慮不要 2. 要配慮 (動物名を記入) [ ]		<b>学校生活上の留意点</b> D. 発汗後のスキンケア 1. 配慮不要 2. 要配慮 E. その他の配慮・管理事項 1. 校内での外用薬使用が望ましい 2. 私服通学の許可 3. その他 [ ]		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名		年 月 日 印	
<b>アレルギー性結膜炎</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>病型・治療</b> 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>学校生活上の留意点</b> A. 水泳学習(参加可・否) 1. 管理不要 2. 要管理 B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 要管理 [ ]		<b>学校生活上の留意点</b> C. その他の配慮・管理事項 [ ]		記載日 年 月 日 医師名 医療機関名		年 月 日 印	

※学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)は、今までの検査データや家族の申告等に基づいたものであり、今回記載した物質以外にもアレルギー一症状を引き起こす可能性がありますので、留意が必要です。表裏面

「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

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

<p>病型・治療</p> <p>A. 食物アレルギー病型(食物アレルギーがある場合のみ記載) 1. 即時型      2. 遅延型      3. 口腔アレルギー型 4. その他( )</p> <p>B. アナフィラキシー病型(アナフィラキシーの既往がある場合のみ記載) 1. 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 ( ) 5. 医薬品 ( ) 6. その他 ( )</p> <p>C. 原因食物・診断根拠等 ※該当する食品の番号に○をし、かつ診断根拠、除去の程度、症状を該当するもの全てを右表の番号で記載(複数記入可)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>原因食品</th> <th>診断根拠</th> <th>除去程度</th> <th>症状</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. 鶏卵</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2. 牛乳・乳製品</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3. 小麦</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4. そば</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5. ピーナッツ</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6. 種実類、木の实類 ( )</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7. 甲殻類(エビ・カニ) ( )</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8. 果実類 ( )</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9. 魚類 ( )</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10. 肉類 ( )</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11. その他1 ( )</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12. その他2 ( )</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>【診断根拠】 ① 明らかかな症状の既往 ② 食物負荷試験陽性 ③ 即時抗体検査結果陽性 ④ その他 【除去の程度】 ① 完全除去 ② 少量であれば可 ③ 加熱すれば可 ④ その他 【症状】 ① 発赤・蕁麻疹 ② 痒疹 ③ 鼻汁・咳・喘鳴 ④ 腹痛・嘔吐・下痢 ⑤ 口腔過敏症状 ⑥ アナフィラキシー ⑦ ショック症状 ⑧ その他</p>	原因食品	診断根拠	除去程度	症状	1. 鶏卵				2. 牛乳・乳製品				3. 小麦				4. そば				5. ピーナッツ				6. 種実類、木の实類 ( )				7. 甲殻類(エビ・カニ) ( )				8. 果実類 ( )				9. 魚類 ( )				10. 肉類 ( )				11. その他1 ( )				12. その他2 ( )				<p>学校生活上の留意点</p> <p>A. 学校給食 1. 管理不要 2. 要管理 ※意見書(市教委様式)あり・なし</p> <p>B. 食物・食材を扱う授業・活動 1. 配慮不要 2. 要配慮</p> <p>C. 運動 1. 管理不要 2. 要管理</p> <p>D. 宿泊を伴う校外活動 1. 配慮不要 2. 要配慮</p> <p>E. その他の配慮・管理事項</p>
原因食品	診断根拠	除去程度	症状																																																		
1. 鶏卵																																																					
2. 牛乳・乳製品																																																					
3. 小麦																																																					
4. そば																																																					
5. ピーナッツ																																																					
6. 種実類、木の实類 ( )																																																					
7. 甲殻類(エビ・カニ) ( )																																																					
8. 果実類 ( )																																																					
9. 魚類 ( )																																																					
10. 肉類 ( )																																																					
11. その他1 ( )																																																					
12. その他2 ( )																																																					
<p>食物アレルギー (あり・なし)</p> <p>アナフィラキシー (あり・なし)</p>	<p>学校生活上の留意点</p> <p>A. 校外活動 1. 管理不要 2. 要管理</p> <p>B. その他の配慮・管理事項</p>																																																				
<p>病型・治療</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. その他 ( )</p>																																																					
<p>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)      2. アドレナリン自己注射液(「エピペン®」) 3. その他 ( )</p>																																																					
<p>★保護者 電話</p>	<p>【緊急時連絡先】</p> <p>★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>記載日 年 月 日</p> <p>医師名</p>																																																				

●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教職員全員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 ( \_\_\_\_\_ )

## 面談票（食物アレルギー）

様式 3

児童生徒氏名	男・女	保護者氏名
		連絡先（           —           —           ）

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

例：原因食品が卵の場合 揚げ物のつなぎ程度であれば食べられるか等を確認する

原因食品	症状がでる量	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

□2 おもな症状を教えてください。

--

□3 家では、除去食をしていますか？（ している ・ していない ）

□4 医療機関での検査・診断は受けましたか？（ 受けた ・ 受けない ）

□ 受けていない子どもについては、受診するようすすめる（質問 □6 へ）

□5治療の状況を教えてください

□6 軽度なアレルギー発作の時、どのように対応しますか？

内服薬	有	無
吸入	有	無
エビベン®の所持	有	無
学校に携帯を希望する薬	有	無
学校内での内服薬保管の必要性	有	無

--

□7 ごく微量(コンタミネーション)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したうえで質問する。

□給食では揚げ物の油を複数回使いまわしていることを説明したうえで質問する。

□8 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 ）

□9 アナフィラキシー発生時の対応は？

--

□10 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？           （ できる ・ できない ）
- ② 除去食、代替食を希望しますか？                                   （ する ・ しない ）
- ③ 弁当又は代替食を持参しますか？                                   （ する ・ しない ）
- ④ 牛乳停止を希望しますか？   （ する ・ しない ）
- ⑤ ごはん、パン、めんいずれかの停止を希望しますか？           （ する ・ しない ）
- ⑥ 詳しい使用食材の一覧表が必要ですか？                           （ 必要 ・ 不要 ）
- ⑦ 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 ）
- ⑧ 給食当番ではどのような配慮が必要ですか？

--

□11 給食での対応に学校生活管理指導表が必要なことを伝え、今後用意するようお願いします。

\*学校給食で「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提出を求める。

ただし、それ以外は食物アレルギー対応食実施申請書のみの提出でよい。

□12 食物以外のアレルギーはありますか？                           （ ある ・ ない ）

□13 学校行事の中で、どのような配慮を希望しますか？

--

年   月   日

聞き取り者サイン

## 食物アレルギー対応食 実施申請書（新規用）

様式 4-1

平成 年 月 日

札幌市立 学校長 様

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

食物アレルギーによる学校給食への対応について、下記のとおり学校生活管理指導表等を添えて申請します。

なお、アレルギー対応食の実施にあたり、微量混入（コンタミネーション）の可能性があるので同意いたします。

## 記

(ふりがな) 児童生徒氏名	性別（男・女）	年組 番	年 組 番	生年 月日	平成 年 月 日生
住所	〒			電話番号	
緊急連絡先				電話番号	
				電話番号	
かかりつけの 病院・主治医				電話番号	
希望する対応内容（該当項目にチェックするチェック☑）					
「給食調理」での対応	<input type="checkbox"/> 除去食希望（食品名 _____）				
	<input type="checkbox"/> 代替食希望（食品名 _____）				
「給食調理以外」での対応	<input type="checkbox"/> 牛乳停止 <input type="checkbox"/> ごはん停止 <input type="checkbox"/> パン停止 <input type="checkbox"/> めん停止				
	<input type="checkbox"/> 自己除去（食品名 _____）				
	<input type="checkbox"/> 弁当（または代替食）持参（食品名 _____） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）				



(裏面) 学校給食での食物アレルギー対応を  
希望される方のみご記入ください。

各種様式

様式 4-2

## 食物アレルギー対応食 実施申請書 (6年生用)

平成 年 月 日

札幌市立 中学校長 様

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

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、アレルギー対応食の実施にあたり、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	性別 (男・女)	年組 番	※ 年 組 番	生年 月日	平成 年 月 日生
住所	〒			電話番号	
緊急連絡先				電話番号	
				電話番号	
かかりつけの 病院・主治医				電話番号	
希望する対応内容 (該当項目にチェックするチェック☑)					
「給食調理」で の対応	<input type="checkbox"/> 除去食希望 (食品名 )				
	<input type="checkbox"/> 代替食希望 (食品名 )				
「給食調理以 外」での対応	<input type="checkbox"/> 牛乳停止 <input type="checkbox"/> ごはん停止 <input type="checkbox"/> パン停止 <input type="checkbox"/> めん停止				
	<input type="checkbox"/> 自己除去 (食品名 )				
	<input type="checkbox"/> 弁当 (または代替食) 持参 (食品名 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				

※中学校で記入

## 食物アレルギー対応食 実施申請書（継続用）

平成 年 月 日

札幌市立 学校長 様

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

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、昨年度と変更が（ ありません・ あります ）。

なお、アレルギー対応食の実施にあたり、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。\*昨年度から変更があった場合には、学校生活管理指導表等を添付

## 記

(ふりがな) 児童生徒氏名	性別（男・女）	年組 番	年 組 番	生年 月日	平成 年 月 日生
住所	〒			電話 番号	
緊急連絡先				電話 番号	
				電話 番号	
かかりつけの 病院・主治医				電話 番号	
希望する対応内容（該当項目にチェックするチェック☑）					
「給食調理」で の対応	<input type="checkbox"/> 除去食希望（食品名 _____ ） <input type="checkbox"/> 代替食希望（食品名 _____ ）				
「給食調理以 外」での対応	<input type="checkbox"/> 牛乳停止 <input type="checkbox"/> ごはん停止 <input type="checkbox"/> パン停止 <input type="checkbox"/> めん停止 <input type="checkbox"/> 自己除去（食品名 _____ ） <input type="checkbox"/> 弁当（または代替食）持参（食品名 _____ ） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）				

## 食物アレルギー個人調査票



裏面もあります

様式6

年度													
学校名													
学年	小1	2	3	4	5	6	中1	2	3				
学級													
番号													
児童生徒氏名				性別	男・女	生年月日	平成	年	月	日			
保護者氏名				電話番号				FAX番号					
				緊急連絡先									
保護者住所	〒 区												
主治医	病院名 ( ) 主治医名 ( ) 電話番号 ( )												
診断書 管理指導表	有・無	①	年	月	②	年	月	③	年	月	④	年	月
検査等	有・無	①	年	月	②	年	月	③	年	月	④	年	月
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おこしたことが(ある 年 月・ない)						
症状	( 年 月)												
	記入例：(〇年〇月)茶碗蒸しを食べたときに、唇がはれて、口の中がかゆくなった。												
病院・家庭での 処置や対応 (経年経過で)	( 年 月)												
	記入例：(〇年〇月)卵アレルギーであることがわかった。フライや天ぷらのつなぎ程度の量であれば問題ないが、それ以上の使用量の料理は食べないよう指導をうけた。												
服薬	( 年 月)						( 年 月)						
	薬名( )						薬名( )						
調理実習 宿泊学習での 配慮希望	( 年 月)						( 年 月)						
	飲み方( )						飲み方( )						

緊急時の 対応	A 弱い反応 (皮膚症 状)	1 母(Tel ) 父(Tel )、または( )へ連絡 2 ( )病院の( )医師(Tel )へ連絡 *もし10分以内に反応が治まらない場合には「B強い反応の場合」の対応に移行する
	B 強い反応 (呼吸困 難) (腫れ)	1 <b>すぐに救急車を呼び、医療機関に移送</b> 2 母(Tel ) 父(Tel )、または( )へ連絡 3 ( )病院の( )医師(Tel )へ連絡 4 その他( )

緊急時の対応について 手引き P3 『表 1-2 食物アレルギーの症状』参照

- ・「皮膚粘膜症状」は「A 弱い反応」として対応する。
- ・「消化器症状」～「全身性症状」は、「B 強い反応」として対応する。「全身性症状」に移行するに  
したがって、反応はより強くなる。

〈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）
「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		
	自己除去対応 （食品名）		
	弁当（または代替食）持参 （食品名）		
その他	使用食材一覧表配布		

〈学校での様子〉～学校でアレルギー発症した場合などを記録

	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


食物アレルギー対応児童生徒一覧表

平成	年度	年	組	番号	氏名	アレルギー	医療機関名	配慮事項(薬・その他)	「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
									除去食	代替食	自己除去	弁当等持参	牛乳停止			
		1														
		2														
		3														
		4														
		5														
		6														
		7														
		8														

☆☆ 学校給食アレルギー対応依頼書 ☆☆

様式 8

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 栄養職員	保護者印

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

平成 26 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 ら 卵 卵	鶏 乳	小 麦	え び	か に	ご ま	ア ー モ ン ド	除 去 食 ★	代 替 食 ▲	食 べ る	自 己 除 去	家 庭 持 参 より	
5/7	水	牛乳		*						—	—				
		かぼちゃパン	*	*	*					—	—				
		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)	*		*					—	—				
		大根サラダ			*			*		—	—				
5/8	木	牛乳		*						—	—				
		長崎ちゃんぽん(長崎)			*	*		*		—	—				
		ごまみそポテト						*		—	—				
		りんご								—	—				
5/9	金	牛乳		*						—	—				
		チキンライス		*						—	—				
		道 白花豆コロッケ(40g)		*	*					—	—				
		フルーツカクテル								—	—				
5/12	月	牛乳		*						—	—				
		ハヤシライス			*					—	—				
		ほうれん草とコーンのサラダ			*			*		—	—				
		甘夏かん								—	—				
5/13	火	牛乳		*						—	—				
		ごはん								—	—				
		五目煮(醤油 ごはん用)			*					—	—				
		ししゃものピリカラ揚げ1			*					—	—				
		おひたし(小松菜/もやし)			*					—	—				
5/14	水	牛乳		*						—	—				
		豆パン	*	*	*					—	—				
		ワンタンスープ塩			*					—	—				
		お好み揚げ	*		*	*				—	—				
		中華サラダ	*	*	*			*		—	—				
5/15	木	牛乳		*						—	—				
		ゆであげトマトソース			*	*				—	—				
		サイコロサラダ	*	*	*			*		—	—				
		▲ヨーグルト	*	*						—	—				
5/19	月	牛乳		*						—	—				
		★味噌かつ丼 (卵除去)	*		*			*		—	—				
		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り扱いについて

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・栄養職員に原本を送付する。栄養教諭・栄養職員は確認(捺印)し、子学校に返送する。原本は子学校で保管する。







様式 9-3 親（直営）・子学校用

【アレルギー対応食 チェック表】  
 年 月 日 ( ) 原因食品 献立名 学校

年	組	氏名	調理員				栄養教諭 栄養職員	検査者 (子学校)	配膳員
			原因食品の混入、 接触はないか	誤配なく盛り付け、 名札を貼ったか	保存食は忘れずに とったか	検査は忘れずに とったか			
							検査は 行ったか	確実に 対応食が 届き、 配膳台 に載せ たか	

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。

校長	教頭	配膳員	栄養教諭 栄養職員	調理員 (リーダー)



## 学校給食におけるアレルギー対応に関する書類の提出

対応内容	提出書類	食物アレルギー対応食実施申請書	学校生活管理指導表	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	○	○	○
<給食調理以外での対応>	牛乳停止	○	○	○
	自己除去	○	unnecessary 除去食を防ぐためにも、医療機関での診断をすすめる。 学校給食で「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提出	○
	弁当（又は代替食）持参	○		○
	ごはん・パン・めん停止	○		○
<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		×		×

## 各種様式の保存期間

	様式	保存(保管)期間	保存(保管)期間後の取り扱い等	
			進級時	卒業・転出時
1	学校給食におけるアレルギー調査のお願い (様式 1-1、1-2、1-3)	次年度調査まで	廃棄	廃棄
2	学校生活管理指導表 (様式 2) (「意見書」も同様の取り扱いとする。)	在校中	※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。	返却
3	面談票(様式 3)	次回面談票作成まで	廃棄	廃棄
4	食物アレルギー対応食実施申請書 (様式 4-1、4-2・様式 5)	次年度申請書提出まで	廃棄	廃棄
5	食物アレルギー個人調査票 (様式 6)	在校中	※引継ぎ	返却 ※中学校進学の際は申し送る。
6	児童生徒一覧表(様式7)	次年度分作成まで	廃棄	廃棄
7	食物アレルギー対応依頼書 (様式8)	1年	廃棄	廃棄
8	アレルギー対応食チェック表 (様式9)	1年	廃棄	廃棄

