

学校給食における 食物アレルギー対応マニュアル

③

様式・参考資料



栃木市教育委員会
令和5年8月 一部改訂

様式集

様式 1	健康についてのおたずね	1
様式 2	食物アレルギー調査票	2
様式 3	学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）	5
様式 4	食物アレルギー個人記録票（取扱注意）	7
様式 5	食物アレルギー対応同意書	10
様式 5-2	食物アレルギー対応同意書	12
様式 7	献立対応予定と提供チェック票	14
様式 8	栃木市学校給食アレルギー対応実施承諾書	15
様式 9	食物アレルギー対応食確認表	16
様式 11	承諾書	17
様式 11-2	食物アレルギーによる緊急時の対応	18
様式 11-3	緊急時の消防署への情報提供シート（エピペン®所有者）	19
様式 12	食物アレルギー児童生徒一覧表	20
様式 13-1	学校給食食物アレルギーアクシデントレポート	22
様式 13-2	緊急対応記録票	23
様式 13-3	アドレナリン自己注射薬（エピペン®）使用状況について	24
様式 14	給食の時間の指導シート	25
様式 15	県立学校へサポートファイルの引き継ぎの通知	26
様式 16	除去解除申請書	27

参考資料集

参考資料 1	食物アレルギー調査について（通知）	28
参考資料 2	学校生活管理指導表作成手数料の助成について	31
参考資料 3	保健調査票	46
参考資料 4	アレルギー疾患のある児童生徒への対応について	48
参考資料 5	アクションカード	53
参考資料 6	食物アレルギー対応アドバイザー設置要領	68
参考資料 7	食物アレルギー対応指針に基づく 学校給食における食物アレルギー対応の申し合わせ事項	73
参考資料 8	学校給食における食物アレルギー対応のための保護者説明会資料	81
参考資料 9	様式 2・参考資料 1・参考資料 2 英語・中国語・スペイン語・ポルトガル語版	95
参考資料 10	エピペン®処方時の確認について	107
参考資料 11	栃木市の学校給食における食物アレルギー対応について（しおり）	110
参考資料 12	食物アレルギーサポートプラン	111
参考資料 13	検食の際の確認事項	113

健康についてのおたずね

様式 1

令和 年 月 日記入

(ふりがな) 児童氏名 _____ (男・女) 生年月日平成 年 月 日生

保護者氏名 _____ 入学前の通所施設等 _____ 幼稚園・保育園

住所 〒 _____ 栃木市 _____ 入学予定校 _____ 小学校

①緊急連絡先 氏名 続柄 _____ ②緊急連絡先 氏名 続柄 _____
 (電話番号) () (電話番号) ()

※ お子さまのことについて、次の質問の該当するところに○を付け、必要事項を記入してください。

項目	おたずねする事項			
生まれた時の様子	* 正常 体重 _____ g		* 異常 () 体重 _____ g	
	* 栄養 (・母乳 ・人工乳 ・混合乳)			
予防接種	*Hib H25年4月に定期接種となりました。(5歳に至るまでの間に接種)	初回 (1回目 年 月 日)	*四種混合 (DPT-IPV) ・ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ ※三種混合で接種の場合もこちらに記入し、ポリオについては備考に記入ください。	1期初回 (1回目 年 月 日)
		(2回目 年 月 日)		(2回目 年 月 日)
		(3回目 年 月 日)		(3回目 年 月 日)
		追加 (年 月 日)		1期追加 (4回目 年 月 日)
	*肺炎球菌 H25年4月に定期接種となりました。(5歳に至るまでの間に接種)	初回 (1回目 年 月 日)	*BCG	(1回目 年 月 日)
		(2回目 年 月 日)	*MR 麻しん・風しん混合 ※単独ワクチンで接種している場合も記入してください。	1期 (年 月 日)
(3回目 年 月 日)		2期 (年 月 日)		
追加 (回目 年 月 日)				
※ () 内に接種した年月日を記入してください	*B型肝炎	(1回目 年 月 日)	*日本脳炎	1期初回 (1回目 年 月 日)
		(2回目 年 月 日)		(2回目 年 月 日)
		(3回目 年 月 日)		1期追加 (年 月 日)
*水痘 H26年10月に定期接種となりました。(3歳に至るまでの間に接種)	(1回目 年 月 日)	備考		
	(2回目 年 月 日)			
※今まで予防接種で具合が悪くなったこと (有・無) 有の場合 → 予防接種名 () どのようになったか ()				
主な病気	・麻疹(はしか) (歳) ・風疹(三日ばしか) (歳) ・百日咳 (歳) ・滲出性中耳炎 (歳)			
	・水ぼうそう (歳) ・おたふくかぜ (歳) ・ジフテリア (歳) ・リウマチ (歳)			
※ () 内にかかった年齢を記入してください	・破傷風 (歳) ・アトピー性皮膚炎 (歳) ・気管支炎 (歳) ・ヘルニア (歳)			
	・結核 (歳) ・ぜんそく (歳) ・肺炎 (歳) ・自家中毒 (歳)			
	・腎臓病 (歳) ・心臓病 (歳) ・川崎病 (歳) ・溶連菌感染症 (歳)			
	・てんかん (歳) ・ひきつけ (歳) ・その他 ()			
*手術 (有・無) なにで ()				
アレルギー	*薬剤 (有・無) 有の場合 → なにで () *その他 () ※食物アレルギーについては、別紙「食物アレルギー調査票」にご記入ください。			
その他の病気	*現在治療中の病気 (有・無) 有の場合 → *病名 () *経過 (治療中・内服中・検査中・様子観察) *医療機関名 ()			
療育・相談機関状況	*通っている機関 (有・無) 有の場合 → キッズホーム・ひまわり・K'きっず・未就学児ことばの教室 いろいろ教室・その他 ()			
手帳交付状況	*療育手帳 (有・無) *身体障害者手帳 (有・無)			

※ 健康診断にあたり、病気や発達のことなどで心配なことや相談がありましたら記入してください。

食物アレルギー調査票(就学時健康診断用)

様式2

入学予定校	小学校	幼稚園・保育園
(ふりがな) 児童氏名		入学前の通所施設等
保護者署名		認定こども園等
記入日 令和 年 月 日		

1 食物が原因と思われるアレルギーがありますか？
○で囲んでください。

ある 質問2へ

ない 質問は以上で終了です

2 医師から食物アレルギーであるという診断を受けたことがありますか？
○で囲んでください。また、それはいつ頃でしたか？

ア 診断を受けたことがある(歳頃) 質問3へ

イ 診断は受けていない 質問4へ

3 その時、原因食品の除去は指示されましたか？

ア 指示された(食品名) イ 指示されていない

4 現在の状況を○で囲んでください。

ア 現在も以下の食品について配慮をしている
(食品名)

イ 現在は特に配慮していない
質問は以上で終了です

5 ご家庭ではどのように対処していますか？

- ア 全く食べさせていない。
- イ 加工食品等わずかに入っているものだけ食べさせている。
- ウ 体調の悪いときは食べさせていない。
- エ その他()

※こちらの質問まで進んだ場合には生活管理指導表を配付しますので医療機関の受診をお願いいたします。
医師の診断に基づき、給食での対応を決定いたします。

6 原因食品を食べることによって、どんな症状がでるか、具体的にご記入ください。
(一番最近の症状が出た時期もご記入ください)

※調査票の内容について、後日、連絡が行く場合がありますのでよろしくお願いします。
※小学校入学後に食物アレルギーが発症した際は、学級担任へご連絡ください。

食物アレルギー調査票(転入時・新規発症用)

様式2

学校名 _____ 学校	転入前在籍校 _____ 学校
児童生徒氏名 _____	
保護者署名 _____	記入日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

1 食物が原因と思われるアレルギーがありますか？
○で囲んでください。

ある 質問2へ

ない 質問は以上で終了です

2 医師から食物アレルギーであるという診断を受けたことがありますか？
○で囲んでください。また、それはいつ頃でしたか？

ア 診断を受けたことがある(_____ 歳頃) 質問3へ

イ 診断は受けていない 質問4へ

3 その時、原因食品の除去は指示されましたか？

ア 指示された(食品名 _____) イ 指示されていない

4 現在の状況を○で囲んでください。

ア 現在も以下の食品について配慮をしている
(食品名 _____)

イ 現在は特に配慮していない
質問は以上で終了です

5 ご家庭ではどのように対処していますか？

- ア 全く食べさせていない。
- イ 加工食品等わずかに入っているものだけ食べさせている。
- ウ 体調の悪いときは食べさせていない。
- エ その他(_____)

※こちらの質問まで進んだ場合には生活管理指導表を配付しますので医療機関の受診をお願いいたします。
医師の診断に基づき、給食での対応を決定いたします。

6 原因食品を食べることによって、どんな症状がでるか、具体的にご記入ください。
(一番最近の症状が出た時期もご記入ください)

※調査票の内容について、後日、連絡が行く場合がありますのでよろしくお願いします。

食物アレルギー調査票 (小学校6年生用)

様式2

学校名	_____	学校 6年 組	進学校	_____	学校
児童氏名	_____				
保護者署名	_____	記入日	令和	年	月 日

1 食物が原因と思われるアレルギーがありますか？
○で囲んでください。

ある 質問2へ

ない 質問は以上で終了です

2 医師から食物アレルギーであるという診断を受けたことがありますか？
○で囲んでください。また、それはいつ頃でしたか？

ア 診断を受けたことがある(歳頃) 質問3へ イ 診断は受けていない 質問4へ

3 その時、原因食品の除去は指示されましたか？

ア 指示された(食品名 _____) イ 指示されていない

4 現在の状況を○で囲んでください。

ア 現在も以下の食品について配慮をしている
(食品名 _____)

イ 現在は特に配慮していない
質問は以上で終了です

5 ご家庭ではどのように対処していますか？

- ア 全く食べさせていない。
- イ 加工食品等わずかに入っているものだけ食べさせている。
- ウ 体調の悪いときは食べさせていない。
- エ その他(_____)

※こちらの質問まで進んだ場合には生活管理指導表を配付しますので医療機関の受診をお願いいたします。
医師の診断に基づき、給食での対応を決定いたします。

6 原因食品を食べることによって、どんな症状がでるか、具体的にご記入ください。
(一番最近の症状が出た時期もご記入ください)

※調査票の内容について、後日、連絡が行く場合がありますのでよろしくお願いします。
※中学校入学後に食物アレルギーが発症した際は、学級担任へご連絡ください。

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 _____ 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。

病型・治療		学校生活上の留意点	
<p>ア アナフィラキシー (あり/なし)</p> <p>食物アレルギー (あり/なし)</p>		<p>緊急時連絡先</p> <p>★保護者 電話: _____</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>医療機関名 _____</p>	
<p>病型・治療</p> <p>△ 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>▽ 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>▽ 原因食物・除去根拠</p> <p>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>[除去根拠] 該当するものを()内に記載</p> <p>① 明らかなる症状の既往 ② 食物経口負荷試験陽性</p> <p>③ 唇紅腫等検査結果陽性 ④ 未摂取</p> <p>() に具体的な食品名を記載</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. ビーナッツ _____ ()</p> <p>6. 甲殻類 _____ ()</p> <p>7. 木の葉類 _____ ()</p> <p>8. 穀物類 _____ ()</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>▽ 緊急時に備えた処方薬</p> <p>1. 内服薬 (折ヒスタミン薬、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>学校生活上の留意点</p> <p>△ 給食</p> <p>1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>▽ 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>▽ 運動 (体育・部活動等)</p> <p>1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>▽ 宿泊を伴う校外活動</p> <p>1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>▽ 原因食物を除去する場合はより厳しい除去が必要なもの</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: 卵黄カルシウム 牛乳: 乳糖、乳清、乳糖カルシウム 小麦: 醤油、酢、味噌 大豆: 大豆油、醤油、味噌 ゴマ: コマ油 魚類: かつおだし、いりこだし、魚露 肉類: エキス</p> <p>▽ その他の配慮・管理事項 (自由記述)</p>	
<p>病型・治療</p> <p>△ 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>▽ 1-1 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>▽ 1-2 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>▽ 1-3 長期管理薬 (注射)</p> <p>1. 生物学的製剤 _____ ()</p> <p>▽ 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>学校生活上の留意点</p> <p>△ 運動 (体育・部活動等)</p> <p>1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>▽ 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>▽ 宿泊を伴う校外活動</p> <p>1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>▽ 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: _____</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>医療機関名 _____</p>		<p>緊急時連絡先</p> <p>★保護者 電話: _____</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>医療機関名 _____</p>	

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

組 学校名 ()

病型・治療		学校生活上の留意点		記載日
<p>アレルギー性皮膚炎 (ありなし)</p> <p>A 重症度のめやす (厚生労働科学研究班)</p> <p>1. 軽症: 面積に関わらず、軽度の皮疹のみ見られる。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>*軽度の皮疹: 軽度の紅斑、乾燥、発疹主体の病変</p> <p>*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</p> <p>B-1 常用する外用薬</p> <p>1. ステロイド軟膏</p> <p>2. タクロリムス軟膏</p> <p>3. 保湿剤</p> <p>4. その他 ()</p> <p>B-2 常用する内服薬</p> <p>1. 抗ヒスタミン薬</p> <p>2. その他 []</p> <p>B-3 常用する注射薬</p> <p>1. 生物学的製剤</p>		<p>A プール指導及び長時間の紫外線下での活動</p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 管理必要</p> <p>B 動物との接触</p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 管理必要</p> <p>C 発汗後</p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 管理必要</p> <p>D その他の配慮・管理事項 (自由記述)</p>		<p>記載日</p> <p>年 月 日</p> <p>医師名</p> <p>医療機関名</p>
<p>アレルギー性結膜炎 (ありなし)</p> <p>A 病型</p> <p>1. 通年性アレルギー性結膜炎</p> <p>2. 季節性アレルギー性結膜炎 (花粉症)</p> <p>3. 春季カタル</p> <p>4. アトピー性角結膜炎</p> <p>5. その他 ()</p> <p>B 治療</p> <p>1. 抗アレルギー一点眼薬</p> <p>2. ステロイド点眼薬</p> <p>3. 免疫抑制点眼薬</p> <p>4. その他 ()</p>		<p>A プール指導</p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 管理必要</p> <p>B 屋外活動</p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 管理必要</p> <p>C その他の配慮・管理事項 (自由記述)</p>		<p>記載日</p> <p>年 月 日</p> <p>医師名</p> <p>医療機関名</p>
<p>アレルギー性鼻炎 (ありなし)</p> <p>A 病型</p> <p>1. 通年性アレルギー性鼻炎</p> <p>2. 季節性アレルギー性鼻炎 (花粉症)</p> <p>主な症状の時期: 春、夏、秋、冬</p> <p>B 治療</p> <p>1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬 (内服)</p> <p>2. 鼻噴霧用ステロイド薬</p> <p>3. 舌下免疫療法 (ダニ・スギ)</p> <p>4. その他 ()</p>		<p>A 屋外活動</p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 管理必要</p> <p>B その他の配慮・管理事項 (自由記述)</p>		<p>記載日</p> <p>年 月 日</p> <p>医師名</p> <p>医療機関名</p>

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

食物アレルギー個人記録票(取扱注意)

様式4

氏名	保護者氏名							
	住所							
	電話							
平成 年 月 日生	学校名	学年・組	1-	2-	3-	4-	5-	6-
	小学校	担任印						
	学校名	学年・組	1-	2-	3-	/	/	/
	中学校	担任印				/	/	/
記入日	年 月 日		年 月 日					
診断書	年 月 日		年 月 日					
主治医	病院名 医師名		変更(年 月 日) 病院名 医師名					
原因食品 症状・頻度※	原因食品	症状	頻度	原因食品	症状	頻度		
※①必ず出る ②ほとんど出る ③時々出る								
アナフィラキシー	(有・無)最近出た日を記入(年 月 日)変更(年 月 日) 症状() () ()							
指示された内容								

緊急連絡先

連絡順位	氏名	続柄	電話番号	連絡先 (○をつけてください)
1				自宅・職場・携帯
2				自宅・職場・携帯
3				自宅・職場・携帯

緊急時医療連絡先

連絡順位	医療機関名	電話番号	担当医	診療科
1				
2				
3				

家庭における食事療法の実施		
服薬等	(年 月 日)	変更(年 月 日)
	薬名 飲み方等	薬名 飲み方等
調理実習、校外学習における配慮点		

学校給食における対応決定事項(学校記入欄)

※連絡先が変更になった場合は、栃木市消防署に必ず様式11-3により報告をする。

決定(年・月・日)	内容
変更(年・月・日)	内容

学校給食における面談及び発症事例等の記録（学校記入欄）

年・月・日	内 容

食物アレルギー対応（開始・変更・中止・継続）同意書

栃木市立

学校長 様

現在、下記児童（生徒）は、医師の診察により、下記対応内容について、
貴校の説明を受け同意いたします。

※ 食数の増減、給食室内の状況、児童生徒の症状に変更があった場合などは、その都度協議する。

児童生徒氏名	年 組
期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 3月31日 最大1年（年度をまたがない）
対応内容	
<ul style="list-style-type: none"> ・ ・ ・ 	

令和 年 月 日

保護者署名

確認欄								起案月日 令和 年 月 日
校長	教頭	保健主事	給食主任	養護教諭	栄養教諭 学校栄養職員	学年主任	学級担任	決裁月日 令和 年 月 日
								施行月日 令和 年 月 日
								送付月日 令和 年 月 日
調理場長	栄養教諭 学校栄養職員							

食物アレルギー対応 (開始・変更・中止・継続) 同意書

栃木市立〇〇〇学校長 様

現在、下記児童 (生徒) は、医師の診察により、下記対応内容について、
貴校の説明を受け同意いたします。

※ 食数の増減、給食室内の状況、児童生徒の症状に変更があった場合などは、その都度協議する。

児童生徒氏名	1 年 1 組 栃 木 桜 子
期 間	令和 3 年 4 月 1 日 ~ 令和 4 年 3 月 3 1 日 最大1年 (年度をまたがない)
対応内容	
<ul style="list-style-type: none"> ・乳アレルギーのため、パンは乳が入っていないもの及び飲み物も持参。 それ以外の給食は代替食を提供します。 ・〇月〇日の医師の診察により、食物アレルギー無しの診断になりましたので、給食対応を中止します。 	

令和 3 年 3 月 日

保護者署名 栃 木 太 郎

確認欄							起案月日	令和 3 年 4 月 1 日	
校長	教頭	保健主事	給食主任	養護教諭	栄養教諭 学校栄養職員	学年主任	学級担任	決裁月日	令和 3 年 4 月 2 日
								施行月日	令和 3 年 4 月 2 日
								送付月日	令和 3 年 4 月 3 日
調理場長	栄養教諭 学校栄養職員	←栄養教諭・学校栄養職員は両方の立場になっているので両方に押印する							
		※決定については、当該年度の校長が行う							

食物アレルギー対応同意書

栃木市立

学校長 様

現在、下記児童（生徒）の学校給食の対応について、下記対応内容について、貴校の説明を受け同意いたします。

※ 児童生徒の症状に変更があった場合などは、その都度協議する。

児童生徒氏名	年 組
期 間	令和 年 月 日 ~ 卒業まで
対応内容 ・ ・ ・	

令和 年 月 日

保護者署名 _____

確認欄								起案月日 令和 年 月 日
校長	教頭	保健主事	給食主任	養護教諭	栄養教諭 <small>学校栄養職員</small>	学年主任	学級担任	決裁月日 令和 年 月 日
								施行月日 令和 年 月 日
								送付月日 令和 年 月 日
調理場長	栄養教諭 <small>学校栄養職員</small>							

食物アレルギー対応同意書

栃木市立〇〇〇学校長 様

現在、下記児童（生徒）の学校給食の対応について、下記対応内容について、貴校の説明を受け同意いたします。

※ 児童生徒の症状に変更があった場合などは、その都度協議する。

児童生徒氏名	1 年 1 組 栃 木 桜 子
期 間	令和 3 年 4 月 1 日 ~ 卒業まで
対応内容	<ul style="list-style-type: none"> ・生卵は給食の提供がないので学校給食の対応は行わない。 ・〇〇アレルギーであるが、学校給食は管理不要と診断されたため、学校給食での対応は行わない。 ・食物アレルギーがなしと診断されたため、学校給食での対応は行わない。 ・〇〇は本人が管理するので、学校給食の対応は行わない。ただし、〇〇の入った料理は食べない。

令和 3 年 3 月 日

保護者署名 栃 木 太 郎

確認欄								起案月日 令和 3 年 4 月 1 日
校長	教頭	保健主事	給食主任	養護教諭	栄養教諭 学校栄養職員	学年主任	学級担任	決裁月日 令和 3 年 4 月 2 日
								施行月日 令和 3 年 4 月 2 日
								送付月日 令和 3 年 4 月 3 日
調理場長	栄養教諭 学校栄養職員	←栄養教諭・学校栄養職員は両方の立場になっているので両方に押印する						
		※決定については、当該年度の校長が行う						

日・曜	献立名	主な材料						その他調味料など	対 応 予 定	サイン		備 考
		主に体をつくるものになる食品 1群 たんぱく質 魚・肉・卵・豆	主に体の骨を丈夫なものになる食品 2群 無糖質 牛乳・小魚 海苔	主に体の骨を丈夫なものになる食品 3群 ビタミンA 緑黄色野菜	主に体の骨を丈夫なものになる食品 4群 ビタミンC その他の野菜・きのこ・果物	主に体の骨を丈夫なものになる食品 5群 炭水化物 米・パン・麺・芋・砂糖	主に体の骨を丈夫なものになる食品 6群 脂質 油脂・種実			保護者 確認欄	受取者	
1	月											
2	火											
3	水											
4	木											
5	金											

※以下のことを確認し、サインする。
 担当者 確認 内容
 調理員 ①指示どおり検収・調理・配食されているか
 受取者 ②該当コンテナ(台車)に給食は載っているか
 学級担任 ①該当児童生徒の対応食はあるか
 ②配食された給食内容に間違いはないか(献立表と対応予定で確認)
 ※給食後、以下のことを確認する。
 教職員 ①該当児童生徒の給食後の状態は良好か

【保護者の方へ】
 ※材料の都合により、献立を変更することがあります。
 ※材料の都合により、献立を変更することがあります。
 ※対応がない日も確認欄に押印またはサインをご記入ください。
 ※対応がない日も確認欄に押印またはサインをご記入ください。
 ※持参する場合は「〇〇持参」、食べない場合は「食べない」等を対応予定の欄にご記入ください。
 ※この票になくても、お子様の食物アレルギーになるようなものが疑われる食品や料理がありましたら、
 対応予定欄もしくは承諾書にご記入ください。
 ※その他ご不明な点等ございましたら、承諾書にご記入ください。

栃木市学校給食アレルギー対応実施承諾書

令和 年 月 日

栃木市立 学校長 様

保護者署名 _____

児童・生徒氏名 _____

_____ 学校 年 組

月分、アレルギー対応食は、別紙献立予定表のとおりとすることについて承諾します。

※変更又は注意点がありましたらご記入下さい。

月 日までに学校を通じて提出してください。

受付月日 年 月 日

校長	教頭	給食主任	養護教諭	栄養教諭等	学級担任
調理場長	栄養教諭等				

食物アレルギー対応食確認表

学校名 組	氏 名	アレルギー原因食品	特記事項
〇〇小1年1組	栃木 太郎	卵・鶏肉	卵いりのスープは卵抜き フライに卵は使用しない 冷凍・加工食品は卵の使用が ないかどうか確認してから 使用
小 年 組			
小 年 組			
小 年 組			
小 年 組			

アレルギー対応食「食札」
しょくさつ

【記載例】・配膳した食器、ワゴンなどに貼付

〇〇小	1年	1組	栃木	太郎
原因食品 卵				
アレルギー原因食品 卵・鶏肉				

〇〇小	年	組	氏名	
原因食品				
アレルギー原因食品				

承諾書

学校長 様

- 「緊急時の対応」について承諾します。
- 緊急時の対応のため、学校医と栃木市消防署に、あらかじめ児童生徒の情報を提供することを承諾します。なお、搬送医療機関については、救急隊の判断により選定されます。
- 主治医よりアナフィラキシーに対する緊急補助治療であるエピペン®が処方されましたので、主治医から学校生活管理指導表で下記のとおり指示されている「エピペン®の注射が必要な症状」を呈した場合は、教職員によるエピペン®の注射を承諾します。

記

(※主治医に学校生活管理指導表に記載していただいたこと、処方された薬、学校で行う医療行為など記載すること)

以上のことについて説明を受け、理解しました。

令和 年 月 日

児童生徒名 _____

保護者署名 _____

秘

食物アレルギーによる緊急時の対応【

さん用】

原因食物： _____

栃木市立 学校 ☎ 0282- _____

衣服や体にアレルギー源の食物が付いてしまった。

服や体に付いたアレルギー源を拭取り、手を良く洗わせる。
かゆみがある場合は、(_____) を塗る。

アレルギー食物を食べてしまった場合

薬が飲める状態

- 唇の腫れ ○ 目の腫れ
- じんましん ○ 軽い咳
- その他 (_____)

☆ 症状は分単位で急速に進行することが多く、最低1時間は目を離さないこと

学校に持参・保管している薬

(保管場所)

- エピペン® (_____ mg)
 - 抗ヒスタミン剤 (_____)
 - ステロイド剤 (_____)
 - かゆみ止め (_____)
- ※薬品名も示しておくが良い

- ・ 安静にする・衣服をゆるめる
- ・ 一口水を飲ませて様子を見る

水が、
飲める

- ・ 咳込み・息苦しい
- ・ 水が飲めない

- 抗ヒスタミン剤 (_____)
 - ステロイド剤 (_____)
- を飲ませて保護者へ連絡する。

アナフィラキシー(ショック) 薬が飲めない状態

(どれか一つでも見られた場合はエピペン®を使用)

全身の症状

- ・ ぐったり
- ・ 意識もうろう
- ・ 尿や便を漏らす
- ・ 脈が触れにくい
- ・ 唇や爪が青白い

呼吸器の症状

- ・ のどや胸が締め付けられる
- ・ 声がかすれる
- ・ 犬が吠えるようなせき
- ・ 息がしにくい
- ・ 持続する強いせき込み
- ・ ぜーぜーする呼吸

消化器の症状

- ・ がまんできない腹痛
- ・ 繰り返し吐き続ける

(ぜん息発作と区別できない場合を含む)

エピペン®を注射する

- ・ 安全キャップを外す。
- ・ ズボンの上からでもOK
- ・ カチッと音がしてから 5秒押し付ける。(ゆっくり「10」数える)

- ① 携帯 ☎
- ② 自宅 ☎
- ③ 職場 ☎

救急車の要請

119

エピペンが処方されている場合は、そのことを伝える

報
告

怪我等で病院へ搬送する場合は、「アレルギーの原因食物」を伝える。
例：小麦・牛乳など

病院へ搬送

サポートファイルも一緒に

医療機関名：

主治医： _____ 先生
(不在時： _____ 先生)

☎

カルテNo.

(_____ 先生、 _____ 先生共に不在の場合は小児科の他の先生に対応してもらう)

- ★ プールで寒冷じんましんができた場合
・ プールから出して、タオルで体を拭き(かゆみ止め)を塗り、保護者へ連絡する。
- ★ 食物以外で、体調不良によるじんましんがでた場合も、(かゆみ止め)を塗り、保護者へ連絡する。

自宅住所

自宅電話番号

緊急時の消防署への情報提供シート（新規・変更・抹消）
（エピペン®所有者）

令和 年 月 日現在

学 校 名	栃木市立		学校	(変更前)	学校
学 校 住 所	栃木市 町				
学 校 連 絡 先					
年 組	年 組				
ふ り が な 児 童 生 徒				男	生年月日
				女	平成 年 月 日生
自 宅 住 所					
保 護 者 名					
連 絡 先	第 1	氏名		TEL	
	第 2	氏名		TEL	
	第 3	氏名		TEL	
食 物 ア レ ル ギ ー 原 因 食 物					
か かり つ け の 病 院 (食 物 ア レ ル ギ ー)	病 院 名				
	医 師 名				
	住 所				
	連 絡 先				
か かり つ け の 病 院 (食 物 ア レ ル ギ ー 以 外)	病 院 名				
	医 師 名				
	住 所				
	連 絡 先				
常 時 飲 ん で い る 薬 等	<ul style="list-style-type: none"> ・ ・ ・ 				
食 物 ア レ ル ギ ー 以 外 の 病 歴 ・ 持 病					
備 考					

抹消は、保護者名まで記入

- ・住所、連絡先が変更になった場合は、消防署（最寄りの分署）に必ず報告をする。
- ・このシートは、家庭にも常備しておき、家庭内で発症した時、救急隊に提示する。
- ・中学校卒業時に学校の登録が抹消するため、登録継続希望の場合は家庭から消防署（最寄りの分署）へ相談する。

令和〇年度 食物アレルギー児童生徒一覧表

記入者名

令和〇年5月1日現在

学校名	学年	番号	(ふりがな)氏名	原因食品		給食対応レベル 1~6	学校生活管理指導表		エビ・パプリカ [®] 処方本数	症状	学校に持参する薬		食物アレルギー対応同意書の対応内容	備考
				対応している食品	対応していない食品		提出有無	記入日			保管場所	薬品名		

※1 給食対応レベルは、高い方のレベルの数字を選択してください。
 (例) レベル4(代替食対応)とレベル3(除去食対応)の場合は、レベルの高い「4」を選択。
 給食で対応しない場合(給食で対応している食品が1つも無い)は、給食提供無し(食材だから)の場合は「5」、保護者の同意のもと自分で管理している場合は「6」を選択してください。

※2 レベル2(弁当対応)の時、備考へ「一部弁当対応」又は「完全弁当対応」と書いてください。
 (注) 一部弁当対応...除去又は代替食対応において、当該献立が給食の中心的献立、かつその代替提供が給食で困難な場合、その献立に対してのみ部分的に弁当を持参するもの。
 完全弁当対応...食物アレルギー対応が困難なため、すべて弁当を持参している。
 ※注 食物アレルギー以外の原因で除去食等の対応をしている場合は記入しないでください。
 (例) 乳糖不耐症、服用している薬の都合、宗教上の理由 等

令和〇年度 食物アレルギー児童生徒一覧表

記入者名 令和〇年5月1日現在

学校名	学年	番号	(ふりがな) 氏名	原因食品		給食対応レベル 1~6	学校生活管理指導表		エビ・ペン [®] 処方本数	症状	学校に持参する薬		食物アレルギー対応同意書の対応内容	備考
				対応している食品	対応していない食品		提出有無	記入日			保管場所	薬品名		
〇〇小	6		栃木とち介	卵・乳	いちご	4	有	R4.2.1	2	アレルギー (卵・無) じんましん 全身痒み	職員室	エビ・ペン	卵・乳は完全除去	
				学校給食における食物アレルギー対応マニュアル②のP27、28を参照してください。						学校給食で食物アレルギー対応を行う場合、必ず提出してもらおうことになっています。			食物アレルギー対応同意書の対応内容の5及び5-2を転記してください	

注意
食物アレルギー以外の原因で除去等している場合は記入しないでください。

学校名・学年等	栃木市 学校 年 組 氏名		
発生日時	令和 年 月 日 () :		
発生時間	<input type="checkbox"/> 給食 <input type="checkbox"/> 休み時間 <input type="checkbox"/> 授業中 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
救急車の要請	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	受診医療機関	
基礎情報	<input type="checkbox"/> 学校生活管理指導表 <input type="checkbox"/> サポートプラン <input type="checkbox"/> 救急の対応 <input type="checkbox"/> 抗ヒスタミン薬 () <input type="checkbox"/> ステロイド () <input type="checkbox"/> エピペン®		
事例内容	<input type="checkbox"/> 初発 <input type="checkbox"/> 誤食 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> その他 ()		
アレルゲン	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 受診後判明 () <input type="checkbox"/> 不明		
場所	発生状況と経過		対応と処置
教室			
保健室			
【振り返りのポイント】			

学校名・学年等	〇〇市立〇〇〇小学校 〇年〇組 〇〇 〇〇 男・女		
発生日時	平成〇〇年 〇月 〇日 (〇) 〇〇:〇〇		
発生の時間	<input checked="" type="checkbox"/> 給食 <input type="checkbox"/> 休み時間 <input type="checkbox"/> 授業中 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
救急車の要請	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	受診医療機関 〇〇〇〇病院	
基礎情報	<input type="checkbox"/> 学校生活管理指導表 <input type="checkbox"/> 個別の取組プラン <input type="checkbox"/> 緊急時の対応 <input type="checkbox"/> 抗ヒスタミン薬 () <input type="checkbox"/> ステロイド () <input type="checkbox"/> アドレナリン自己注射薬 (エピペン)		
事例内容	<input checked="" type="checkbox"/> 初発 <input type="checkbox"/> 誤食 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> その他 ()		
アレルゲン	<input type="checkbox"/> あり () <input checked="" type="checkbox"/> 受診後判明 (キウイフルーツ) <input type="checkbox"/> 不明		
※	発生状況と経過		対応と処置
教室	<ul style="list-style-type: none"> ●給食の時間も後半に入り、最後のデザート(キウイフルーツ)を食べ始めたころ、1人の男子児童が学級担任に「のどが変な感じがします。」と訴えた。 ●「あまり変わらない。」と言って水道から戻った。 この時点で保健室に行かせていればもう少し早い対応ができたのではないかと ●給食を片づけた後、軽い腹痛も訴えた。 ●のどの不調、腫脹を訴え、来室。 ●給食中、キウイフルーツを少しだけ食べた後、のどが変な感じになったことがわかる。酸味があるものは苦手、家でも食べたことがないが、少しだけ食べてみた、とのこと。 ●少し咳をしている。 		<ul style="list-style-type: none"> ●児童の訴えに学級担任は、「水道に行ってみておいて」と水道に行かせた。キウイフルーツは、アレルギー症状を起こす可能性のある果物である。朝の打ち合わせ等で情報共有されているとよかったのでは。 ●「がまんできなくなったら言いなさい」と伝え席に戻した。 学級担任または児童の付添いをつけた方がよかったのではないかと ●「保健室でみてもらいなさい。」と一人で行かせた。 ●顔色が悪いため、ベッドに横にさせる。 ●体温を測りながら、詳しい様子を聞く。 ●様子を聞きながら、キウイフルーツによる食物アレルギーの可能性があるのでと判断。 ●すぐ校内電話で職員室に連絡したが、管理職は職員室にいない。職員室にいる先生に学級担任・管理職に連絡に行ってもらおう。 ●校内電話の方がより速く同時に職員室に入室、AEDも確認！ ●管理職が保健室に来てから、救急要請した。 ★学級担任は保護者に連絡した。
保健室	<ul style="list-style-type: none"> ●乳量の産後からアレルギーの高いアレルギー症状であると見られ、虫任が低下している可能性があるため、歩かせてはいけない。 ●救急車が到着した際、ベッドから起きあがり、歩いて救急車に向かったところ、途中でおう吐してしまった。 		<ul style="list-style-type: none"> ●すぐ校内電話で職員室に連絡したが、管理職は職員室にいない。職員室にいる先生に学級担任・管理職に連絡に行ってもらおう。 ●校内電話の方がより速く同時に職員室に入室、AEDも確認！ ●管理職が保健室に来てから、救急要請した。 ★学級担任は保護者に連絡した。
●総合病院搬送。キウイフルーツ喫食によるアナフィラキシーショックと診断された。			
【振り返りのポイント】			
<input type="checkbox"/> 子訪策はなかったか。 <input type="checkbox"/> 時間のロスはなかったか。 <input type="checkbox"/> 校内体制は万全であったか。			

栃木県学校におけるアレルギー疾患対応マニュアル (県教育委員会より)

緊急対応記録票

年 組 氏名

アレルギー接触時間

令和 年 月 日

時 分

アレルギー接触状況

アレルギー () 量 () 場所 ()

処

時 分

アレルギーの除去

- の中のものを取り除く
- をすすぐ
- 手を洗う
- 眼や顔を洗う
- その場で安静にさせる
- 保健室へ搬送

時 分

時 分

時 分

緊急時処方薬

- 吸入薬 ()
- 内服薬 ()
- その他 ()

時 分

時 分

エピペン®

- エピペン®を準備、本人に持たせる
- エピペン®を注射
- 本人 本人以外 ()

置

時 分

時 分

AED

- AED装着
- AED使用

連

時 分

保護者 内容()

絡

時 分

主治医等 内容()

救

時 分

要 請

急

時 分

到 着

車

時 分

出 発

同乗者 ()

時 分

医療機関着

医療機関名 ()

経過・処置(5分ごとに症状をチェック)

時 分

時 分

時 分

時 分

時 分

時 分

時 分

時 分

時 分

時 分

栃木県学校におけるアレルギー疾患対応
マニュアル (県教育委員会より)

アドレナリン自己注射薬（エピペン®）使用状況について

学 校 名			
発 生 日 時	年 月 日 ()		
発生の時間	<input type="checkbox"/> 給食	<input type="checkbox"/> 休み時間	<input type="checkbox"/> その他 ()
学年・性別	第 学年 組		
救急車要請	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
医療機関名	<input type="checkbox"/> 入院あり		
基礎情報	<input type="checkbox"/> 原因アレルゲン () <input type="checkbox"/> 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用） あり ・ なし <input type="checkbox"/> 個別の取組プラン あり ・ なし <input type="checkbox"/> 緊急時の対応表 あり ・ なし		
処方薬	<input type="checkbox"/> 抗ヒスタミン薬 () <input type="checkbox"/> ステロイド () <input type="checkbox"/> アドレナリン自己注射薬（エピペン®） あり ・ なし		
注 射 状 況	□アナフィラキシー発症での注射状況		
	【状況の概要】 <input type="checkbox"/> エピペン®を注射した <input type="checkbox"/> エピペン®が処方されていたが、 学校で注射できなかった	【発症から医療機関受診までの経過】	
注 射 状 況	□誤射		
	【状況の確認】 <input type="checkbox"/> エピペン®を誤った取扱いで意図 せずに注射した <input type="checkbox"/> 明らかな適応の誤り（アナフィラキシーでない）により本人に注射した <input type="checkbox"/> 誤って薬液が発射された （本人には注射されなかった） <input type="checkbox"/> その他 ()	【誤射の経過】	

栃木県学校におけるアレルギー疾患対応
マニュアル（県教育委員会より）

○年□組 給食の時間の指導シート

対象児童生徒名	
食物アレルギーの内容	

指導場面	食物アレルギーを有する 対象児童生徒への指導	周囲の児童生徒への指導
①献立内容の確認	<input type="checkbox"/> アレルゲンを含む食品を本人と確認する。 ※含まれている可能性が考えられる場合は必ず、栄養教諭・学校栄養職員に確認する。	<input type="checkbox"/> アレルゲンを含む食品を知らせる。
②給食当番の役割確認	<input type="checkbox"/> 他の児童生徒が使用した白衣を間違っ使用しないようにする。 <input type="checkbox"/> 手指をきちんと消毒しているか確認する。 <input type="checkbox"/> アレルゲンを含む食品を配膳する役にならないように役割分担を確認する。 ※危険性がある場合は、役割分担を変える。 ※アレルゲンを含む食品を配膳している側に近づかないようにする。	<input type="checkbox"/> 白衣を間違っ使用しないように声をかける。 <input type="checkbox"/> 手指をきちんと消毒しているか確認する。
③配膳時の配慮事項	<input type="checkbox"/> 一番初めに配膳する等、普通食と混ざらないようにする。 <input type="checkbox"/> 個別対応食が用意されているか本人と確認する。 ※除去対応の場合も必ず本人と確認する。 <input type="checkbox"/> アレルゲンを含む食品がこぼれても触れないようにする。 ※こぼれたものを拭き取ったふきんにも触らないようにする。	<input type="checkbox"/> アレルゲンを含む食品を拭き取ったふきんを近づけないようにする。
④会食時の配慮事項	<input type="checkbox"/> 机の配置を配慮する。 <input type="checkbox"/> 勝手に判断しておかわりをしないように注意する。 <input type="checkbox"/> 食べたくても我慢していることを褒める。	<input type="checkbox"/> つばがとばないように気をつけさせる。 <input type="checkbox"/> 自分の分の食品を勝手に分けたり、おかわりを配らないように指導する。 <input type="checkbox"/> 食べたくても我慢している気持ちに共感している児童生徒を褒める。
⑤片付け時の配慮事項	<input type="checkbox"/> アレルゲンを含む食品がついた食器やおぼん、ゴミなどに触れないようにする。 <input type="checkbox"/> 給食当番の場合は、役割分担を確認する。	<input type="checkbox"/> 片付けの役割分担を確認させる。 ※アレルゲンを含む食品がついた食器やおぼん、ゴミなどに触れないように気をつけさせる。
⑥その他の配慮事項	<input type="checkbox"/> 他学級や他学年の児童生徒との交流給食の際には、普段以上に十分配慮する。 <input type="checkbox"/> 外部の方との交流給食の際には、普段以上に十分配慮する。	<input type="checkbox"/> 片付けの役割分担を確認させる。 ※アレルゲンを含む食品がついた食器やおぼんなどに触れないように気をつけさせる。

令和 年 月 日

栃木県立 学校長 様

学校

学校長

栃木市食物アレルギー対応におけるサポートファイルの送付について

依頼のありました生徒のサポートファイルについて、送付します。

なお、扱いにつきましては、健康診断表の保存年限に準じます。また、栃木市情報公開条例第6条第1号、栃木市個人情報保護条例15条第3号に基づき開示請求の対象としないことを申し添えます。

連絡先

確認：この申請書は、保護者が記載する。

様式 16

除去解除申請書

令和 年 月 日

栃木市立 学校長 様

学校名 栃木市立 学校

クラス 年 組

児童生徒氏名

本児童生徒は学校生活管理指導表により除去していた

(食品名：)について、医師の指導の下、これまで

に複数回摂取して症状が誘発されていませんので、学校給食における除去

解除をお願いします。

保護者署名

参考資料1（新1年生用）
令和 年 月 日

保護者 様

栃木市教育委員会 教育長

公印
省略

食物アレルギー調査について

食物アレルギーを持つ児童は年々増加してきていると言われていています。症状や原因物質はそれぞれ異なり、学校給食において個別対応をしていかねばなりません。

つきましては、お子さまの食物アレルギーの詳しい実態を把握したいと思いますので、「食物アレルギー調査票」にご記入の上、就学时健康診断時に学校へ提出してください。

なお、今後、食物アレルギーとみられる症状が出た場合は、すみやかに学校に申し出てください。

学校生活及び給食指導上、正確な情報を把握して対処するためご理解とご協力をお願いいたします。

問い合わせ
保健給食課
担当 ○○
TEL —

参考資料1（在校生用 平成26年度から）

令和 年 月 日

保護者 様

栃木市立〇〇小学校長

公印
省略

食物アレルギーのある児童の状況調査について

現在、学校給食において食物アレルギーの対応をしている児童（生徒）については、学校生活及び給食指導上、正確な情報を把握して対処するために、別紙「食物アレルギー調査」をご記入の上、〇月〇日（〇）までに学級担任までご提出ください。

問い合わせ

保健給食課

担当 〇〇

TEL —

参考資料1 (小学校6年生 平成26年度から)

令和 年 月 日

保護者 様

栃木市立〇〇小学校長

公印
省略

食物アレルギーのある児童の状況調査について

中学校の学校生活及び給食指導上、正確な情報を把握して対処するために、別紙「食物アレルギー調査」をご記入の上、〇月〇日(〇)までに学級担任までご提出ください。
なお、今後、食物アレルギーとみられる症状が出た場合は学校に申し出てください。

問い合わせ

担当 〇〇

Tel ー

保護者 様

栃木市立〇〇小学校長

「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」の提出について

本校の学校給食における、食物アレルギー対応につきまして、正確かつ適切な対応を実施するにあたり、「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」の正確な情報が必要となります。

「学校生活管理指導表」は平成20年3月には「学校のアレルギー疾患に対する取組ガイドライン」が文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課の監修のもと、財団法人日本学校保健会から示されたものであります。

栃木市では、アレルギー疾患のあるお子さんの学校生活をより安心して安全なものとするため、「学校のアレルギー疾患に対する取組ガイドライン」に基づき、対応が必要なお子さんには、「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」の提出を毎年お願いしております。

主治医の先生に「学校生活管理指導表」を記載していただき、児童生徒の詳しい情報を把握し、適切な管理や配慮を実施いたします。

つきましては、別紙「学校生活管理表(アレルギー疾患用)活用のしおり～保護者用～」をご覧になり、ご理解の上、主治医の先生に記載をお願いし、下記のとおり提出いただきますよう、よろしくお願いいたします。

記

1 提出期限 令和 年 月 日 ()

2 提出先 学校

問い合わせ

担当 〇〇

Tel. —

食物アレルギーの対応について

保護者 様

栃木市立〇〇小学校長

学校給食は、学校給食法に基づき実施しており、栄養のバランスのとれた食事を提供し、健康の保持増進や体位の向上、日常生活の望ましい食習慣を身につけ、好ましい人間関係を育てる場となっています。さらに、食文化の理解や感謝の心、社会性、自己管理能力の育成など教育の一環として実施されています。学校では、教育的視点から児童生徒に対し可能な範囲でアレルギー食の対応をしていきます。

アレルギー食の実施にあたり、ご家庭のご協力なしには実施することができません。献立についての相談等もることがございますので、ご協力をお願いいたします。

《実施にあたりお願いすること》

- ① アレルギー食の実施は、食物アレルギー治療のため医師の指導により家庭において対応食等を実施している児童生徒を対象に、保護者の同意に基づき、原因食品を除去する等の方法により実施します。
- ② アレルギー対応食を実施する前に、状況を把握するため、毎年「学校生活管理指導表」の提出をお願いしますのでご協力ください。また、児童生徒が除去すべき食品を摂取していることが判明したときには、面接をした上、医師の診断書によりアレルギー食の解除をする場合があります。
- ③ 献立対応表を前もってお渡ししますので、確認し承諾書に押印し、学校まで戻してください。献立で不明な点はお問い合わせ下さい。給食は可能な範囲で除去食または代替食の給食を提供します。
- ④ 入手困難な材料や特別な料理が必要な場合は、学校での対応が困難となりますので、弁当などの持参をお願いします。
- ⑤ お子様の食物アレルギー対応のために必要な学校生活管理指導表などの書類やサポートプランなどを綴る、1人1冊のサポートファイルを作成させていただき、小中学校9年間引き継いでいき、高等学校からの依頼があったらその後も引き継ぎます。

学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

活用のしおり

～保護者用～

「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」は以下の手順でご活用下さい。

- ①お子さんの病気（アレルギー疾患）に関して、学校での配慮・管理が必要であることを学校に申告してください。
- ②学校から「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」を受け取ってください。
- ③各疾患ごとに主治医の先生に「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の記載をお願いしてください。
- ④記載してもらった「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」を学校に提出してください。
- ⑤「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」を基に、学校と保護者の方とでお子さんの学校生活における配慮や管理について決定します。この際、必要に応じさらに詳しい情報の提出をお願いすることがあります。
- ⑥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）」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）」は以下のような構成になっています。

- 主なアレルギー疾患を表裏一枚で記載できるようになっています。
表：食物アレルギー・アナフィラキシー、気管支ぜん息
裏：アトピー性皮膚炎、アレルギー性結膜炎、アレルギー性鼻炎
- 主治医の先生には、お子さんの疾患についての情報と、学校生活上の指示を記載してもらいます。
 - ①「病型・治療」欄：アレルギー疾患の原因や症状、服薬中の薬など、お子さんの疾患の状況が記載されます。
 - ②「学校生活上の留意点」欄：学校生活における配慮・管理すべき事項が記載されます。
 - ③緊急時の対応などのため、「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」に記載された情報を学校の教職員全員及び関係機関等で共有する必要があります。保護者の署名をしてください。
- 日本学校保健会が運営している「学校保健」（<http://www.gakkohoken.jp>）から「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」をダウンロードすることもできます。

【見本】 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

※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 (あり・なし)</p> <p>アナフィラキシー</p> <p>食物アレルギー</p> <p>緊急時連絡先</p> <p>★保護者 電話: _____</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>医療機関名 _____</p>	<p>アレルギー (あり・なし)</p> <p>気管支ぜん息</p> <p>緊急時連絡先</p> <p>★保護者 電話: _____</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>医療機関名 _____</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. ビーナッツ ()</p> <p>6. 甲殻類 ()</p> <p>7. 木の葉類 ()</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より厳しい除去が必要なもの</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</p> <p>牛乳：乳糖・乳糖精・乳糖・乳糖</p> <p>小麦：醤油・酢・味噌</p> <p>大豆：大豆油・醤油・味噌</p> <p>コマ：コマ油</p> <p>魚類：かつおだし・いりこだし・魚醤</p> <p>肉類：エキス</p> <p>F その他の配慮・管理事項 (自由記述)</p>
病型・治療		学校生活上の留意点	
<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>		

【見本】 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		記載日	
<p>アレルギー性皮膚炎 (あり・なし)</p> <p>A 重症度のめやす (厚生労働科学研究班)</p> <p>1. 軽症：面癩に問わず、軽度の皮疹のみ見られる。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>*軽度の皮疹：軽度の紅斑、乾燥、発疹、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変</p> <p>*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</p> <p>B-1 常用する外用薬</p> <p>1. ステロイド軟膏</p> <p>2. タクロリムス軟膏</p> <p>3. (「プロトピック」)</p> <p>4. その他 ()</p> <p>B-2 常用する内服薬</p> <p>1. 抗ヒスタミン薬</p> <p>2. その他 []</p> <p>B-3 常用する注射薬</p> <p>1. 生物学的製剤</p>		<p>A プール指導及び長時間の紫外線下での活動</p> <p>1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>B 動物との接触</p> <p>1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>C 発汗後</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(自由記載)</p>		<p>記載日</p> <p>年 月 日</p> <p>医師名</p> <p>医療機関名</p>	
<p>アレルギー性結膜炎 (あり・なし)</p> <p>A 病型</p> <p>1. 通年性アレルギー性結膜炎</p> <p>2. 季節性アレルギー性結膜炎 (花粉症)</p> <p>3. 春季カタル</p> <p>4. アトピー性角結膜炎</p> <p>5. その他 ()</p> <p>B 治療</p> <p>1. 抗アレルギー点眼薬</p> <p>2. ステロイド点眼薬</p> <p>3. 免疫抑制点眼薬</p> <p>4. その他 ()</p>		<p>A プール指導</p> <p>1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>B 屋外活動</p> <p>1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>C その他の配慮・管理事項 (自由記載)</p>		<p>記載日</p> <p>年 月 日</p> <p>医師名</p> <p>医療機関名</p>	
<p>アレルギー性鼻炎 (あり・なし)</p> <p>A 病型</p> <p>1. 通年性アレルギー性鼻炎</p> <p>2. 季節性アレルギー性鼻炎 (花粉症)</p> <p>主な症状の時期：春、夏、秋、冬</p> <p>B 治療</p> <p>1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬 (内服)</p> <p>2. 鼻噴霧用ステロイド薬</p> <p>3. 舌下免疫療法 (タニ・スキ)</p> <p>4. その他 ()</p>		<p>A 屋外活動</p> <p>1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>B その他の配慮・管理事項 (自由記載)</p>		<p>記載日</p> <p>年 月 日</p> <p>医師名</p> <p>医療機関名</p>	

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

(支払い対象者であることの通知の例)

令和 年 月 日

主治医 様

栃木市立〇〇小学校長

「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」の記載について (通知)

日頃より、学校保健事業におきましては、ご理解とご協力を賜り、ありがとうございます。

本市の学校給食における、食物アレルギー対応につきまして、正確かつ適切な対応を実施するため、「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」の提出を保護者をお願いしております。

主治医の先生に「学校生活管理指導表」を記載していただき、保護者が提出し、学校で児童生徒の詳しい情報を把握し、さらなる適切な管理や配慮を実施いたします。

つきましては、別添「学校生活管理表(アレルギー疾患用)活用のしおり～主治医専用～」をご覧になり、下記にもご注意いただき「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」の記載をお願いいたします。

なお、この学校生活管理表作成手数料につきましては、保険適用外のみ市の支払い対象となりますので、その際は「生活管理指導表作成報告書兼請求書」の提出を翌月 10 日までをお願いします。

記

- 1 「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」の欄に、○がついた際は、本市では「学校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)」に準じて極微量で反応が誘発される可能性がある等の場合となり、お弁当対応の考慮対象とします。
- 2 アドレナリン自己注射薬の処方される場合は、生活管理指導表に基づき学校で別紙「緊急時の対応」を作成し、主治医の先生はもちろん、保護者、学校医、救急救命士、教職員との共通理解を図り、緊急時に備えます。

各学校担当者様へ

○保護者様に、この通知と活用のしおり(主治医専用)と様式 3「生活管理指導表」を、一緒にホチキスで留めて、必ず全部そのまま医療機関に持って行くようにお伝えください。

○様式 3「生活管理指導表」には、忘れず学校名を記入してください。

問い合わせ

担当 ○○

Tel. —

学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

活用のしおり

～主治医用～

学校生活管理指導表について

本表は、学校の生活においてアレルギー疾患（食物アレルギー、アナフィラキシー、気管支ぜん息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性結膜炎、アレルギー性鼻炎）について特別な配慮や管理が必要な児童生徒について、正しい診断に基づいて医師が作成するものです。学校の生活において特別な配慮や管理が不要な児童生徒については学校への提出は不要です。なお、学校の実状に応じて具体的対応は学校が決めることに留意してください。各疾患の記入方法の詳細については「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」の各疾患の解説をご確認ください。

本表は大きな変化がない場合、1年間を通じて使用しますので、現在の状況および、今後1年間を通じて予測される状況を記載してください。

学校生活管理指導表の記載方法

- ①疾患名のところの（あり・なし）欄に当該疾患の有無について○をつけ、「あり」の場合、下位項目のそれぞれへの記入をお願いします。
- ②「病型・治療」欄
当該疾患の原因や症状、服用中の薬など、現在の状況を記入してください。
- ③「学校生活上の留意点」欄
学校生活における管理・配慮が必要な場合には「管理必要」に○をし、その内容について自由記述欄に記入してください。
- ④「緊急連絡先」欄の医療機関は、アナフィラキシーや重症のぜん息発作等が起こった場合の緊急時の連絡先として、必要と考えられる児童生徒等に関して地域の救急医療機関等を記入することと考えられます。必要に応じて保護者、学校と相談して記入してください。
- ⑤記載した日付、医師名および医療機関名を記入してください。

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 _____ 年 _____ 月 _____ 日 提出日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

※この生活管理指導表は、学校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。

項目・状態	学校生活上の留意点	その他
目 食糧アレルギー-原因 (食物アレルギー-原因の項目のみ記載) 1. 卵類 2. 小麦・胚芽 3. 食品保存料(亜硫酸ナフィラキシー)	目 知識 1. 惣菜 2. 惣菜の成分 3. 惣菜の成分表 4. 惣菜の成分表 5. 惣菜の成分表 6. 惣菜の成分表	目 学校生活 1. 学校生活 2. 学校生活 3. 学校生活 4. 学校生活 5. 学校生活 6. 学校生活
目 アナフィラキシー-原因 (アナフィラキシー-原因の項目のみ記載) 1. 卵類 2. 小麦・胚芽 3. 食品保存料(亜硫酸ナフィラキシー)	目 知識 1. 惣菜 2. 惣菜の成分 3. 惣菜の成分表 4. 惣菜の成分表 5. 惣菜の成分表 6. 惣菜の成分表	目 学校生活 1. 学校生活 2. 学校生活 3. 学校生活 4. 学校生活 5. 学校生活 6. 学校生活
目 緊急時対応 1. 呼吸器 2. 呼吸器 3. 呼吸器 4. 呼吸器 5. 呼吸器 6. 呼吸器	目 知識 1. 惣菜 2. 惣菜の成分 3. 惣菜の成分表 4. 惣菜の成分表 5. 惣菜の成分表 6. 惣菜の成分表	目 学校生活 1. 学校生活 2. 学校生活 3. 学校生活 4. 学校生活 5. 学校生活 6. 学校生活
目 緊急時対応 1. 呼吸器 2. 呼吸器 3. 呼吸器 4. 呼吸器 5. 呼吸器 6. 呼吸器	目 知識 1. 惣菜 2. 惣菜の成分 3. 惣菜の成分表 4. 惣菜の成分表 5. 惣菜の成分表 6. 惣菜の成分表	目 学校生活 1. 学校生活 2. 学校生活 3. 学校生活 4. 学校生活 5. 学校生活 6. 学校生活

※記入上の注意

<食物アレルギー>

C. 原因食物・除去根拠

- ・診断根拠として重要なのは①明らかな症状の既往、②食物経口負荷試験陽性です。
- ・③摂取可能であるにもかかわらず、血液検査陽性だけを根拠に原因食物の除去を指示することは適切ではありません。
- ・④未摂取で除去が必要な食物がある場合のみ記入してください。

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

- ・ここに記載されている食材は、極微量のアレルゲンが含有されている程度であり、症状誘発の原因となりにくいいため基本的に除去する必要はありません。本欄に○がついた場合には給食対応が困難となりますので慎重に考慮ください。

<気管支ぜん息>

A. 症状のコントロール状態

評価項目	コントロール状態 (最近1ヶ月程度)		
	良好 (すべての項目が該当)	比較的良好	不良 (いずれかの項目が該当)
軽微な症状※1	なし	(1 ≥ 回/月) < 1 回/週	≥ 1 回/週
明らかな急性増悪 (発作) ※2	なし	なし	≥ 1 回/月
日常生活の制限	なし	なし (あっても軽微)	≥ 1 回/月
β2刺激薬の使用	なし	(1 ≥ 回/月) < 1 回/週	≥ 1 回/週

※1 軽微な症状とは、運動や大笑い、啼泣の後や起床時などに一過性に認められるがすぐに消失する咳やぜん息、短時間で覚醒することのない夜間の咳き込みなど、見落とされがちな軽い症状を指す。
 ※2 明らかな急性増悪 (発作) とは、咳き込みやぜん息が昼夜にわたって持続あるいは反復し、呼吸困難を伴う定型のぜん息症状を指す。

小児気管支喘息治療・管理ガイドライン 2017 より

ガイドラインと学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用) は下記リンクからご覧になれます。

<https://www.gakkohoken.jp/books/archives/51>

学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)

【見本】

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 (あり/なし) アナフィラキシー (あり/なし) 食物アレルギー (あり/なし)</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) 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</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) 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</p> <p>C 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつく)内に除去根拠を記載 ()に具体的な食品名を記載 [除去根拠] 該当するものをく)内に記載 ① 明らか症状の既往 ② 食物経口負荷試験陽性 ③ IgE抗体等検査結果陽性 ④ 未摂取</p> <p>1. 鶏卵 2. 牛乳・乳製品 3. 小麦 4. ソバ 5. ビーナッツ 6. 甲殻類 7. 木の实類 8. 果物類 9. 魚類 10. 肉類 11. その他1 12. その他2</p> <p>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</p>	<p>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。</p> <p>鶏卵：卵殻カルシウム 牛乳：乳糖・乳清凝成カルシウム 小麦：澱粉・胚・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</p> <p>F その他の配慮・管理事項 (自由記述)</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 医師名 医療機関名</p>
<p>アレルギー (あり/なし) 気管支ぜん息 (あり/なし)</p>	<p>A 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良</p> <p>B-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</p> <p>B-2 長期管理薬 (内服) 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 2. その他</p> <p>B-3 長期管理薬 (注射) 1. 生物学的製剤</p> <p>C 発作時の対応 1. ベータ刺激薬吸入 2. ベータ刺激薬内服</p>	<p>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)</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 医師名 医療機関名</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 医師名 医療機関名</p>

【見本】 学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)

名前 _____ (男・女) _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 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
<p>アレルギー性皮膚炎 (ありなし)</p> <p>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、掻癢、発疹主体の病変 *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</p> <p>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 3. プロトピック*) 4. その他 ()</p> <p>B-2 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他 ()</p> <p>B-3 常用する注射薬 1. 生物学的製剤</p>		<p>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</p> <p>B 動物との接触 1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>C 発汗後 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>記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>医師名 _____</p> <p>医療機関名 _____</p>
<p>アレルギー性結膜炎 (ありなし)</p> <p>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 ()</p> <p>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 ()</p>		<p>A プール指導 1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>B 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>C その他の配慮・管理事項 (自由記述)</p>		<p>記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>医師名 _____</p> <p>医療機関名 _____</p>
<p>アレルギー性鼻炎 (ありなし)</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. 舌下免疫療法 (タニ・スギ) 4. その他 ()</p>		<p>A 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>B その他の配慮・管理事項 (自由記述)</p>		<p>記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>医師名 _____</p> <p>医療機関名 _____</p>

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 _____

食物アレルギーの正しい対応のために！！

生活管理指導表作成手数料の助成について

食物アレルギーを持つ園児・児童・生徒に対して、医師による診断のもと正しい対応をしていくため、市で生活管理指導表の作成手数料を助成します。

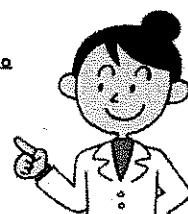
【注意】

★市が協定締結した医療機関で作成した場合のみの助成となります。

(市が協定締結した医療機関は裏面を参照)

※医療機関によって、無料の場合・一部負担となる場合があります。

裏面をよくご確認のうえ、医療機関を受診してください。



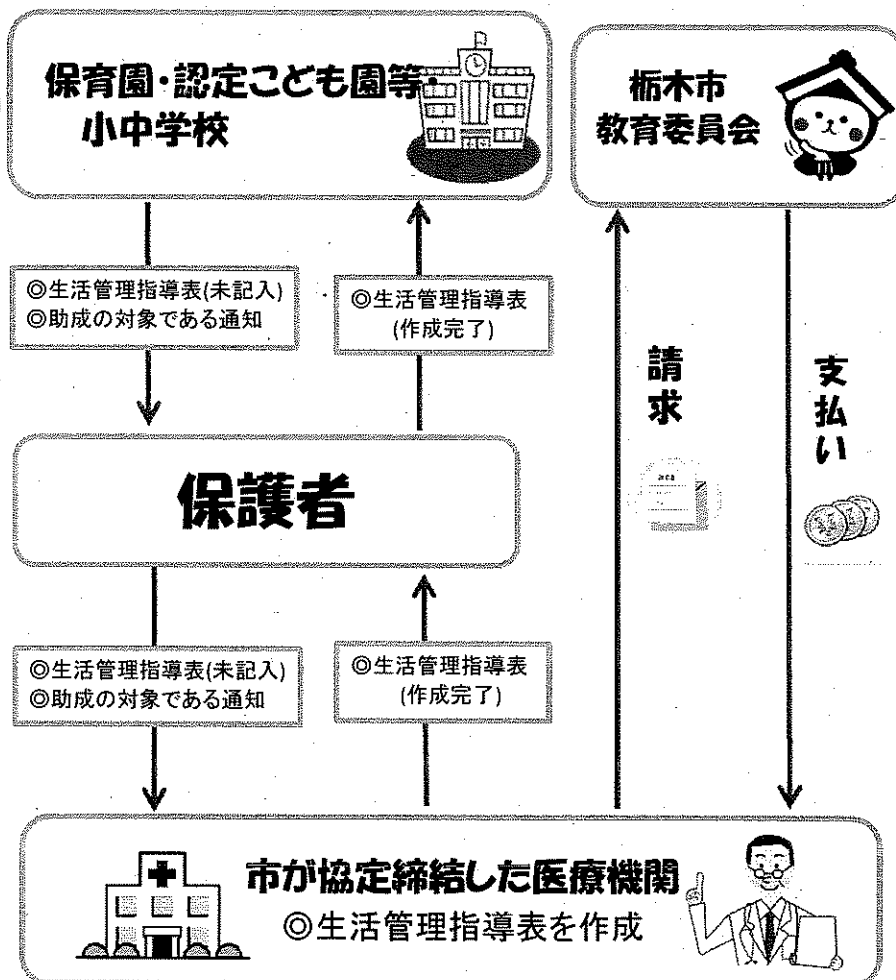
生活管理指導表作成
手数料の助成を
受けるには…

①裏面を見て、市が協定
締結した医療機関を確認
しましょう。



②学校からの通知を持っ
て医療機関へ行きますよ
う。

③作成してもらった生活
管理指導表を学校へ提
出しましょう。



★不明な点などは栃木市教育委員会教育部保健給食課学校給食係までお問い合わせください★

電話 0282-21-2481

FAX 0282-21-2690

栃木市教育委員会保健給食課

★学校生活管理指導表作成手数料の栃木市助成対象★
 ★★栃木市協定医療機関★★

令和5年10月4日

栃木地域

	医療機関名	所在地	電話番号	作成手数料
1	青木医院	嘉右衛門町6-10	20-6022	無料
2	秋元クリニック	平柳町2-27-13	29-1131	無料
3	池森クリニック	河合町2-3	25-2577	無料
4	いらい町クリニック	祝町4-30	20-3000	無料
5	大島医院	片柳町1-17-19	23-2116	無料
6	おおやクリニック	片柳町2-1-50	24-8822	無料
7	岡田皮膚科耳鼻咽喉科 クリニック	境町21-7	25-2525	無料
8	金子内科医院	吹上町1642-1	25-6031	無料
9	金田医院	日ノ出町1-6	22-0415	無料
10	河口医院	錦町6-12	22-5752	無料
11	かわしまクリニック	城内町2-34-20	24-8239	無料
12	好生医院	倭町2-25	22-0317	無料
13	こばやしクリニック	箱森町51-40	25-8300	無料
14	さいとう小児科	万町30-16	22-0757	無料
15	桜井こどもクリニック	本町16-9	24-5987	無料
16	サンライズクリニック	日ノ出町6-6	24-4702	無料
17	すすきクリニック	沼和田町10-12	20-2200	無料
18	関口医院	泉町21-3	25-2223	無料
19	大門内科医院	大町27-24	24-8131	無料
	※大門内科医院は小学生以上が対象となります			
20	高田クリニック	万町16-23	23-9133	無料
21	竹田内科小児科 クリニック	大宮町52	29-1233	無料
22	たまのクリニック	片柳町1-6-3	22-3777	無料
23	ちづかクリニック	大森町445-4	30-1123	無料
24	とちぎ診療所	蘭部町2-11-4	25-3225	無料
25	栃木中央クリニック	万町13-13	22-0057	無料
26	とちぎメディカル センターとちのき	大町39-5	22-7722	無料
27	中野病院	祝町8-1	22-0031	無料
28	中元内科医院	今泉町2-10-18	27-2325	無料
29	新村ファミリー クリニック	大宮町2120-11	28-0115	無料
30	野崎医院	入舟町14-3	24-4809	無料
31	はこのもりクリニック	箱森町25-62	25-3636	無料
32	箕輪内科	嘉右衛門町10-6	23-5588	無料
33	山門クリニック	日ノ出町6-35	22-0765	無料
34	よこやま内科小児科 クリニック	箱森町38-70	24-8102	無料
35	わたなべ内科・循環器科 クリニック	野中町625-1	21-7528	無料

大平地域

	医療機関名	所在地	電話番号	作成手数料
36	大平東診療所	横堀808-3	22-0173	無料
37	大平ファミリー クリニック	富田5-229	43-7500	無料
38	かわたクリニック	西野田640-1	45-2522	無料
39	小森谷内科医院	富田4003-8	43-7327	無料
40	田村医院	西水代1835-1	43-3368	無料
41	とちぎメディカル センターしもつが	川連420-1	22-2551	無料
42	藤沼医院	富田592-1	43-2233	無料
43	みずほクリニック	牛久99-2	25-1222	無料
44	鶴見皮膚科	新1540-31	45-2212	500円(保護者負担)

藤岡地域

	医療機関名	所在地	電話番号	作成手数料
45	腰塚医院	藤岡1845-10	62-2072	無料
46	藤岡整形外科クリニック	藤岡25	61-1017	無料
47	持田医院	中根115-5	67-3661	無料

都賀地域

	医療機関名	所在地	電話番号	作成手数料
48	合戦場クリニック	合戦場212-5	29-1291	無料

西方地域

	医療機関名	所在地	電話番号	作成手数料
49	高橋医院	真名子1063	92-7031	無料
50	西方病院	金崎273-3	92-2323	無料

岩舟地域

	医療機関名	所在地	電話番号	作成手数料
51	あまがい内科医院	下津原189-2	55-7811	無料
52	熊倉医院	新里180	55-8425	無料
53	小松原医院	静550-2	55-2026	無料
54	静和医院	静和2166-1	55-2028	無料
	※静和医院は原則として中学生以上が対象となります			
55	しまだクリニック	豊岡534-1	55-1500	無料
56	橋本腎内科クリニック	和泉1457-1	54-3377	無料
57	長谷川医院	静和2114-6	55-7000	無料
58	松永医院	古江98	55-8869	無料

その他

	医療機関名	所在地	電話番号	作成手数料
59	グリムこどもと アレルギーのクリニック	下野市下古山 2-6-17	0285-51-1515	200円(保護者負担)
60	獨協医科大学病院	壬生町北小林880	0282-66-1111	無料
61	新小山市市民病院	小山市神鳥谷 2251-1	0285-36-0200	無料
62	佐野厚生総合病院	佐野市堀米町 1728	0283-22-5222	無料

秘

食物アレルギーによる緊急時の対応【 さん用】

原因食物： _____

栃木市立 学校 ☎ 0282- -

衣服や体にアレルギー源の食物が付いてしまった。

服や体に付いたアレルギー源を拭取り、手を良く洗わせる。
かゆみがある場合は、()を塗る。

アレルギー食物を食べてしまった場合

学校に持参・保管している薬
(保管場所)

- エピペン® (mg)
 - 抗ヒスタミン剤 ()
 - ステロイド剤 ()
 - かゆみ止め ()
- ※薬品名も示しておくとうい

薬が飲める状態

- 唇の腫れ 目の腫れ
- じんましん 軽い咳
- その他 ()

☆ 症状は分単位で急速に進行することが多く、最低1時間は目を離さないこと

- ・ 安静にする・衣服をゆるめる
- ・ 一口水を飲ませて様子を見る

水が、
飲める

- ・ 咳込み・息苦しい
- ・ 水が飲めない

- 抗ヒスタミン剤 ()
 - ステロイド剤 ()
- を飲ませて保護者へ連絡する。

アナフィラキシー(ショック) 薬が飲めない状態

(どれか一つでも見られた場合はエピペン®を使用)

全身の症状

- ・ ぐったり
- ・ 意識もうろう
- ・ 尿や便を漏らす
- ・ 脈が触れにくい
- ・ 唇や爪が青白い

呼吸器の症状

- ・ のどや胸が締め付けられる
- ・ 声がかすれる
- ・ 犬が吠えるようなせき
- ・ 息がしにくい
- ・ 持続する強いせき込み
- ・ ゼーゼーする呼吸

消化器の症状

- ・ がまんできない腹痛
- ・ 繰り返し吐き続ける

(ぜん息発作と区別できない場合を含む)

エピペン®を注射する

- ・ 安全キャップを外す。
- ・ ズボンの上からでもOK
- ・ カチッと音がしてから5秒押し付ける。(ゆっくり「10」数える)

- ① 携帯 ☎
- ② 自宅 ☎
- ③ 職場 ☎

救急車の要請

119

エピペンが処方されている場合は、そのことを伝える

病院へ搬送

サポートファイルも一緒に

怪我等で病院へ搬送する場合は、「アレルギーの原因食物」を伝える。
例：小麦・牛乳など

報
告

医療機関名：

主治医： 先生
(不在時： 先生)

☎

カルテNo.

(先生、 先生共に不在の場合は小児科の他の先生に対応してもらう)

- ★ プールで寒冷じんましができた場合
 - ・ プールから出して、タオルで体を拭き(かゆみ止め)を塗り、保護者へ連絡する。
- ★ 食物以外で、体調不良によるじんましがでた場合も、(かゆみ止め)を塗り、保護者へ連絡する。

自宅住所
自宅電話番号

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 _____ 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。

病型・治療		学校生活上の留意点	
<p>アレルギー疾患</p> <p>アナフィラキシー (ありなし) / 食物アレルギー (ありなし)</p>		<p>学校生活上の留意点</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より厳しい除去が必要な場合</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・乳清時成カルシウム 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</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： _____</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>医療機関名 _____</p>		<p>緊急時連絡先</p> <p>★保護者 電話： _____</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>医療機関名 _____</p>	
病型・治療		学校生活上の留意点	
<p>アレルギー疾患</p> <p>アレルギー (ありなし)</p>		<p>学校生活上の留意点</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： _____</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>医療機関名 _____</p>		<p>緊急時連絡先</p> <p>★保護者 電話： _____</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>医療機関名 _____</p>	

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

組 学校名 ()

病型・治療		学校生活上の留意点		記載日
アレルギー性皮膚炎 (ありなし) 重症度のめやす (厚生労働科学研究班) 1. 軽症：面頬に限らず、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、乾癬、発疹、発赤などを伴う病変 *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		学校生活上の留意点 A フ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 フール指導 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

秘 保健調査票

学校名	

この調査票は、学校医の先生や学校の先生が健康状態を知る手がかりにするものです。それ以外には使用しませんので、保護者の方がお子さまと話し合って ありのままに書いてください。
 なお、小学校入学から中学校卒業まで使用しますので、ていねいに扱ってください。

児童生徒名	性別	学年	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3
ふりがな	男	クラス									
	女	番号									
生年月日		平熱	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
平成 令和	年 月 日生	保護者印 又は サイン									

1 今までにかかった傷病について、あてはまるものに○をつけ、必要事項を記入してください。

麻疹(はしか) [歳]	耳・鼻の病気 [歳]	川崎病 [歳]
風疹(三日ばしか) [歳]	病名()	心臓病 [歳]
水痘(水ぼうそう) [歳]	股関節脱臼 [歳]	病名()
流行性耳下腺炎 [歳]	大きなケガ・骨折 [歳]	制限()
結核性疾患 [歳]	アトピー性皮膚炎 [歳]	腎臓病 [歳]
糖尿病 [歳]	ぜんそく [歳]	病名()
その他(例:手術をした病気・けが等) [歳]		肝臓病 [歳]
		病名()
		リウマチ熱 [歳]

2 今までに受けた予防接種について、接種した年月日を記入してください。

予防接種名	接種日	予防接種名	接種日	予防接種名	接種日
インフルエンザ 菌b型(Hib)	. .	四種混合 (DPT-IPV)	. .	日本脳炎	. .

小児肺炎球菌	. .	二種混合(DT)	. .	ロタウイルス	. .
	. .	麻しん、風しん (MR)
	. .	水痘(水ぼうそう)
B型肝炎	. .	ヒトパピローマ ウイルス(HPV)	. .	その他()	. .
	その他()	. .
	その他()	. .
BCG	その他()	. .

3 現在も通院・治療している病気やけが、現在の健康状態等について、学校医や担任に伝えたいことを記入してください。

小1		小4		中1	
小2		小5		中2	
小3		小6		中3	

名前	
----	--

4 次の質問について、お子さまの1年以内の様子について伺います。
 あてはまる場合は下記の該当学年のところに○をつけ、必要事項を記入してください。

質問事項		小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3
眼科	1 目やにがでたり、赤くなったりすることがありましたか。									
	2 視力矯正をしていますか。(眼鏡・コンタクト)									
耳鼻咽喉科	3 中耳炎の治療を受けていますか。(チューブが入っている場合は、表面3当該学年の枠内に記入)									
	4 耳が聞こえにくいと思いますか。									
	5 年に4回以上、発熱とのどの痛みを繰り返しますか。									
歯科	6 鼻血が出やすいですか。									
	7 矯正をしていますか。									
	8 歯ぐきが腫れることや、歯肉から出血することがよくありますか。									
内科	9 かむと痛かったり、口を大きく開けられなかったりしますか。									
	10 ときどきめまい(脳貧血を含む)をおこしますか。									
	11 階段の昇り降りや、少しの運動ですぐ息が苦しくなりますか。									
	12 乗り物に酔いやすいですか。									
	13 頭痛をおこしやすいですか。									
	14 腹痛(下痢、便秘)をおこしやすいですか。									
	15 けいれん発作をおこしましたか。(有熱・無熱)									

※アレルギーについて いままで、アレルギー体質と診断されたことがありますか。

アレルギー・その他	16 内服薬や外用薬で具合が悪くなりましたか。 薬品名 ()									
	17 アトピー性皮膚炎の症状はありますか。									
	18 アレルギー性結膜炎の症状がありますか。 あてはまる病型を○で囲んでください。 [通年性・季節性・春季カタル・アトピー性角結膜炎]									
	19 アレルギー性鼻炎の症状がありますか。 あてはまる病型を○で囲んでください。 [通年性・季節性]									
	20 アレルギー症状を起こす原因物質がありますか。 物質名 ()									
	21 ぜんそく発作をおこしましたか。									
	22 じんましんをおこしましたか。 原因となるもの () ・不明									

令和 年 月 日

保護者 様

学校

学校長

アレルギー疾患のある児童生徒への対応について

先日は「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」をご提出いただきましてありがとうございます。
うございます。

早速ですが、その指示の下、別紙「緊急時の対応」を作成しました。主治医の先生はもちろん、保護者、学校医、消防署、教職員、市教育委員会へも、下記の書類で共通理解を図り、緊急時に備えたいと思いますので、よろしく願いいたします。

なお、これは家庭にも常備しておき、家庭内でのアナフィラキシー発症時に、救急隊に提示してください。

記

- 1 緊急時の対応
- 2 学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)の写し
- 3 食物アレルギーによる緊急時の情報提供シート

連絡先

令和 年 月 日

主治医 様

学校

学校長

アレルギー疾患のある児童生徒への対応について(お願い)

先日は「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」へ記載していただきましてありがとうございます。

早速ですが、その指示の下、別紙「緊急時の対応」を作成しました。主治医の先生はもちろん、保護者、学校医、消防署、教職員、市教育委員会へも、添付の下記の書類で共通理解を図り、緊急時に備えたいと思います。

また、不備の点等ございましたら修正させていただきますので、ご教示もよろしくお願いいたします。

記

- 1 緊急時の対応
- 2 学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)の写し
- 3 食物アレルギーによる緊急時の情報提供シート

連絡先

令和 年 月 日

学校医 様

学校

学校長

アレルギー疾患のある児童生徒への対応について(お願い)

本校に、主治医よりアナフィラキシー対応のため、エピペン®を処方された児童生徒がおります。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)」指示の下、別紙「緊急時の対応」を作成しました。

学校医の先生はもちろん、保護者、主治医、消防署、教職員、市教育委員会へ、添付の下記の書類で共通理解を図り、緊急時に備えたいと思いますのでよろしく願いいたします。

また、不備の点等ございましたら修正させていただきますので、ご教示もよろしく願いいたします。

記

- 1 緊急時の対応
- 2 学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)の写し
- 3 食物アレルギーによる緊急時の情報提供シート

連絡先

令和 年 月 日

栃木市消防本部
消防長 様

学校

学校長

アレルギー疾患のある児童生徒への対応について(お願い)

本校に、主治医よりアナフィラキシー対応のため、エピペン®を処方された児童生徒がおります。

つきましては、別紙のとおり情報提供いたしますので、発作等緊急時には万全の対応をお願いいたします。

また、不備の点等ございましたら修正させていただきますので、ご教示もよろしくお願いいたします。

連絡先

令和 年 月 日

市教育委員会 教育長 様

学校

学校長

アレルギー疾患のある児童生徒への対応について

本校に、主治医よりアナフィラキシー対応のため、エピペン®を処方された児童生徒がおります。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)」指示の下、別紙「緊急時の対応」を作成し令和 年 月 日に全教職員に周知し、保護者、主治医、学校医、消防署へ共通理解を図りました。

下記のとおり本校に在学するアレルギー疾患のある児童生徒の関係書類を提出いたします。

記

- 1 緊急時の対応
- 2 学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)の写し
- 3 食物アレルギーによる緊急時の情報提供シート
- 4 食物アレルギー調査票
- 5 食物アレルギー個人記録票
- 6 承諾書の写し

連絡先

<アクションカードの例>



○生徒の状態を確認する「大丈夫？」

○大声で人を集める「誰か来てください」

○裏を確認する

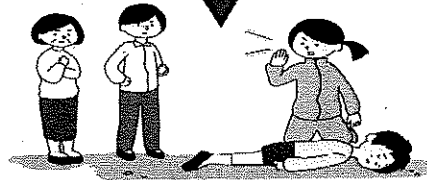
→当てはまらない→保健室へ運ぶ

→当てはまる→職員室に「緊急」、「名前」、「場所」を伝えてもらう

←携帯している第一発見者カードを見て、応急手当を開始する。

(カードは、名札ケースの裏に入れておく)

○年○組○○さんが○○で、緊急です!



○第一発見者は現場で対応。

○駆けつけた人は、職員室に緊急事態発生を報告する。報告後、現場アクションカードと AED を持って現場に戻る。

私が現場リーダーになります!



現場アクションカード



職員室 (本部)

- 1 通報を受けたら、本部リーダーを宣言する。
 - 2 通報者に、現場アクションカードと AED を持たせ、もう一人と共に現場に向かわせる。
 - 3 本部アクションカードを配って、始動する。
 - ① 救急車を要請する
 - ② 養護教諭を呼ぶ
 - ③ 他の教職員を集合させる
 - ④ 救急車を誘導する
 - ⑤ 管理職に連絡する
 - ⑥ 保護者に連絡する
 - ⑦ 担任を呼ぶ
 - ⑧ 市教育委員会に連絡する
- ※ 本部リーダーは、記録をとる

現場

現場リーダーを宣言し、現場アクションカードを配る。

- ① エピペンを打つ
(エピペンが無い場合は②へ)
- ② 手当の責任者(養教 or 代理者)
- ③ 他の児童への指導
- ④ 本部への連絡
- ⑤ 記録をとる(記録用紙はウラ・ペンをつけておく)
- ⑥ 今後の情報を把握するための方策をとる

自治医科大学救命救急センター

鈴木正之名誉教授 監修

- 生徒の状態を確認する「大丈夫？」
- 大声**で人を集める「誰か来てください」

.....

- 裏を確認

→当てはまらない→保健室

- 職員室に「緊急」「名前」「場所」を伝えてもらう

➡ カードケースの大きさ

呼びかけに反応がなく呼吸がなければ心肺蘇生
・胸骨圧迫 30 回と(気道確保)人工呼吸 2 回を絶え間なく

次の症状が一つでもあればエピペン®を使用する

- ・繰り返し吐き続ける
- ・のどや胸が締め付けられる
- ・犬が吠えるような咳
- ・ゼーゼーする呼吸
- ・唇や爪が青白い
- ・脈をふれにくい・不規則
- ・意識がもうろうとしている
- ・我慢できない腹痛
- ・声がかすれる
- ・持続する強い咳込み
- ・息がしにくい
- ・尿や便を漏らす
- ・ぐったりしている

➡ カードケースの大きさ

<緊急ですといわれたら>

「私が本部リーダーをします」

- だれが**
- どこで**
- 通報者に現場リーダーカードとAEDと持たせて、もう1人と共に現場に戻す**
- 本部アクションカードを配る**

<記録>

時 間	内 容 (何をしたか)	だれが
時 分	職員室に緊急の連絡が入る	
時 分		
時 分		
時 分		
時 分		

本部 アクションカード

①

救急車を要請する
ウラをみて通報！

<119 番通報時の対応方法>

- ① 救急です。栃木〇〇学校の児童で、食物アレルギーの情報提供者です。児童の名前は〇〇です
救急車は、〇〇学校の〇〇に来てください。案内人を出します。
- ② 今の症状は、〇〇(意識、呼吸の有無を含む)です。
発症は〇時で、おこなっている応急処置は、〇〇です。
- ③ 通報者の氏名は、〇〇です。

通報したら本部リーダーに報告

②

**養護教諭を呼ぶ
→現場へ行かせる**

③

他の教職員を集める

→現場へ 3 人行かせる

④

救急車を誘導する

⑤

管理職に連絡する

⑥

保護者に連絡する

⑦

担任を呼ぶ

⑧

**市教育委員会に
連絡する 21-2481**

現場リーダー カード

「私が現場リーダーになります」

「現場アクションカードを配ります」

①

エピペンをうつ
ウラをみる！

呼びかけに反応がなく呼吸がなければ心肺蘇生

- ・ 胸骨圧迫 30 回と(気道確保)人工呼吸 2 回を絶え間なく
- ・ AED の装着

次の症状が一つでもあればエピペン®を使用する

- ・ 繰り返し吐き続ける
- ・ のどや胸が締め付けられる
- ・ 犬が吠えるような咳
- ・ ゼーゼーする呼吸
- ・ 唇や爪が青白い
- ・ 脈をふれにくい・不規則
- ・ 意識がもうろうとしている
- ・ 我慢できない腹痛
- ・ 声がかすれる
- ・ 持続する強い咳込み
- ・ 息がしにくい
- ・ 尿や便を漏らす
- ・ ぐったりしている

【使用したエピペン®と(もう1本のエピペン®)を救急車へ】

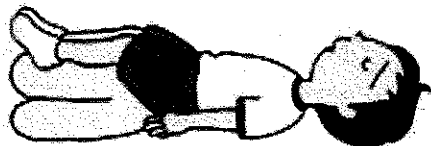
2

手当の責任者

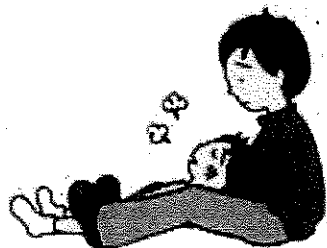
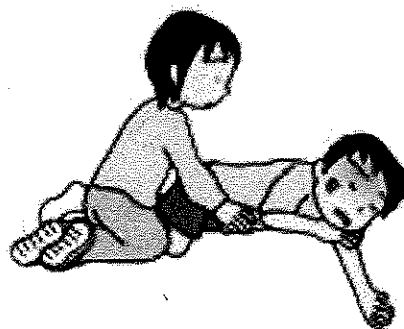
(養護教諭もしくはは代理者)

ウラを見る！

↓ぐったり、意識もうろうの場合



吐き気、おう吐がある場合→



←呼吸が苦しく

あお向けになれない場合

③

他の児童生徒の指導

④

本部への連絡

⑤

記録をとる

ウラに！

<記録>

出典 エピペンの使い方かんたんガイドブック ファイザー株式会社

時 間	症状と対応（何をしたか）
時 分	発 見
時 分	エピペンを打った

⑥

**今後の情報を把握する
ための方策をとる**

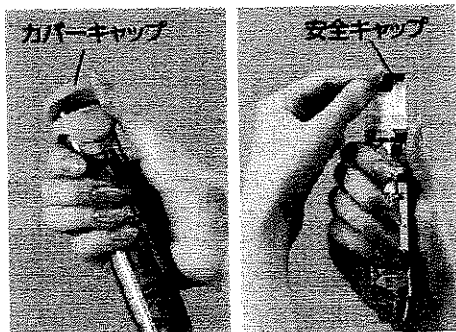
エピペンの使い方 いざ実践編

アナフィラキシーの徴候や症状を感じたときに、
太ももの前外側に速やかに注射してください

● エピペンの使い方 —アナフィラキシーがあらわれたら—

STEP 1 準備

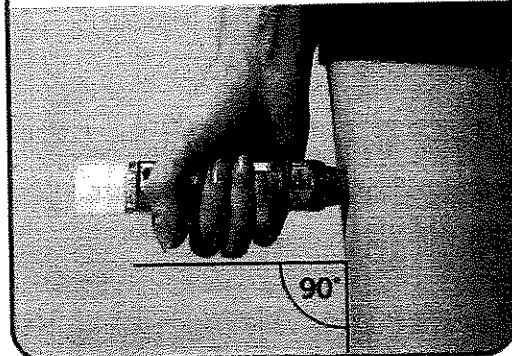
携帯用ケースのカバーキャップを指で押し開け、エピペンを取り出します。オレンジ色のニードルカバーを下に向けて、エピペンのまん中を片手でしっかりと握り、もう片方の手で青色の安全キャップを外し、ロックを解除します。



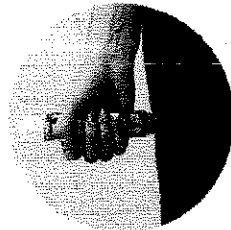
- 青色の安全キャップをかぶせた状態では、バネが固定されており、注射針が不用意に飛び出さないようになっています。使用時まで青色の安全キャップは取り外さないでください。
- 安全キャップを外した後は、誤注射を防ぐため取り扱いに十分注意してください。
- 絶対に指または手などをオレンジ色のニードルカバーの先端に当たないように注意してください。
- 使用する前に注射器の窓から見える薬液が変色していないか、また沈殿物がないかを必ず確認してください。

STEP 2 注射

エピペンを太ももの前外側に垂直になるようにし、オレンジ色のニードルカバーの先端を「カチッ」と音がするまで強く押し付けます。太ももに押し付けたまま数秒間待ちます。エピペンを太ももから抜き取ります。



- エピペンの上下先端のどちらにも親指をかけないように握ってください。
- 太ももの前外側以外には注射しないでください。
- 太ももにエピペンを振りおろして接種しないでください。
- 緊急の場合には、衣服の上からでも注射できます。



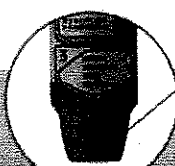
Check

エピペン®注射液0.3mgおよびエピペン®注射液0.15mgの使い方は同様です。

STEP 3

確認

注射後、オレンジ色のニードルカバーが伸びているかどうかを確認します。ニードルカバーが伸びていれば注射は完了です（針はニードルカバー内にあります）。



使用前

オレンジ色の
ニードルカバー

伸びた状態



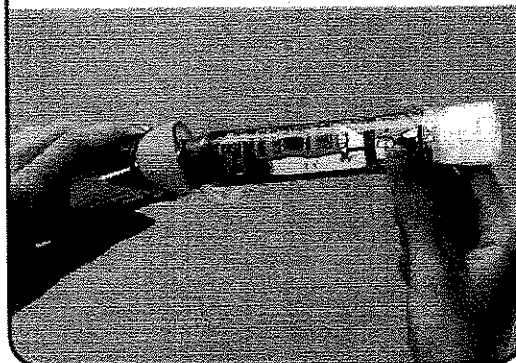
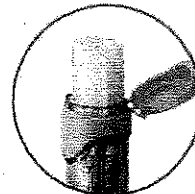
使用後

- オレンジ色のニードルカバーが伸びていない場合は、注射は完了していませんので、再度、STEP1～3を繰り返して注射してください。
- エピペンの注射後は、直ちに医師による診療を受けてください。

STEP 4

片付け

使用済みのエピペンは、オレンジ色のニードルカバー側から携帯用ケースに戻します。



- 注射後は、オレンジ色のニードルカバーが伸びているため、携帯用ケースのふたは閉まりません。無理に押し込まないようにしてください。
- 注射後、薬液の大部分（約1.7mL）が注射器内に残っていますが、再度注射することはできません。
- エピペン®注射液を使用した旨を医師に報告し、使用済みのエピペン注射器と青色の安全キャップを医療機関等にお渡しください。

Q. もしも、誤ったところにエピペンを使用してしまったら…

A. 直ちに最寄りの医療機関を受診してください。

- エピペンを指または手などに誤って使用した場合、その部分の血流量が減少することがあります。
- エピペン（アドレナリン）を誤って使用した旨を必ず医師に伝え、誤って使用してしまったエピペン注射器と青色の安全キャップを医師に渡してください。
- 主治医の医療機関以外で治療を受けた場合には、治療医師から主治医、またはエピペン カスタマーサポートセンター（裏表紙参照）に連絡してもらってください。また、患者さんご自身も主治医にご連絡ください。

食物アレルギー対応アドバイザー設置要領

(趣旨)

第1 この要領は、本市の学校給食における食物アレルギーマニュアル（平成25年8月策定）に基づき、食物アレルギー症状を有する児童生徒等及び、給食に関わる児童生徒等が、心身ともに健康で安全な学校生活を送り、生涯にわたり健康な生活を営めるようにするため、専門的な立場から指導、助言等を行う食物アレルギー対応アドバイザー（以下「アドバイザー」という。）の取扱いについて、必要な事項を定める。

(委嘱)

第2 教育委員会は、食物アレルギーに関し栃木市医師会及び専門的な知識を有する医師の中から食物アレルギー専門医として適当と認められる者を委嘱する。

(任期)

第3 アドバイザーの任用期間は、2年以内とする。ただし、再任を妨げない。

(職務の原則)

第4 アドバイザーは、次に定めるところにより職務を行うものとする。

- (1) 食物アレルギー症状を有する児童生徒等の対応等について、専門的な助言及び指導等を行うこと。
- (2) 学校給食における食物アレルギー対応マニュアルについて、専門的な助言、指導等を行うこと。
- (3) その他教育委員会等が必要と認めること。

2 前項の職務を行うに当たり、アドバイザーは、次の事項について専門的指導、助言等を行うこと。

- (1) 相談者の人格、プライバシー等を侵害する恐れのある行為を行わないこと。
- (2) 職務上知り得た秘密を漏らさないこと。その職を退いた後も、同様とすること。
- (3) 教育委員会関係職員と常時緊密な連絡を保持すること。

(相談対象職務)

第5 アドバイザーの相談の対象となる職務は、教育委員会等が専門的な判断を必要と認めた事に対する職務とする。

(手続)

- 第6 アドバイザーの相談を希望する学校の学校長は、食物アレルギー対応アドバイザー申請書(様式第1号)を教育委員会に提出しなければならない。
- 2 教育委員会は、アドバイザーへの相談が必要と認められる場合は、食物アレルギー対応アドバイザー相談依頼書(様式第2号)を作成し、アドバイザーに依頼するものとする。
- 3 教育委員会は、アドバイザーから受けた専門的な助言、指導内容等について、食物アレルギー対応アドバイザー相談に対する助言、指導内容等報告書(様式3号)により、学校長に報告するものとする。

(報酬)

- 第7 報酬は、栃木市特別職の職員で非常勤のもの報酬及び費用弁償に関する条例(平成22年栃木市条例第49号)による。

(庶務)

- 第8 アドバイザーに関する庶務は、教育委員会事務局教育部保健給食課学校給食係が処理する。

(その他)

- 第9 この要領に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附 則

この要領は、平成26年4月1日から実施する。

平成28年4月1日一部改正

様式第1号

令和 年 月 日

栃木市教育委員会

栃木市立

学校長

食物アレルギー対応アドバイザー申請書

栃木市学校給食食物アレルギー対応アドバイザー設置要領第6第1項の規定により、次のとおり申請します。

児童生徒氏名	(よみがな)
学校給食対応予定	
学校名	
自宅住所	
電話番号	
生年月日	
受診している医療機関	
主治医	
添付書類	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー調査票 <input type="checkbox"/> 学校生活管理指導表(アレルギー疾患用) <input type="checkbox"/> 血液検査結果 <input type="checkbox"/> 面談記録 <input type="checkbox"/> その他 () 同封したものに レ
現在の経緯	
特に助言や指導を いただきたい事項	

様式第2号

令和 年 月 日

栃木市学校給食
食物アレルギー対応アドバイザー
様

栃木市教育委員会

食物アレルギー対応アドバイザー相談依頼書

別紙様式第1号のとおり申請があったので、指導、助言等を依頼します。

様式第3号

令和 年 月 日

栃木市立 学校
学校長 様

栃木市教育委員会

食物アレルギー対応アドバイザー相談及び指導内容報告書

別紙のとおり食物アレルギー対応アドバイザーから指導を受けたので、下記のとおり対応願います。

記

食物アレルギー対応指針に基づく
 学校給食における食物アレルギー対応の申し合わせ事項

R2.8.17 現在

栃木市教育委員会保健給食課

番号	項目	市内統一申し合わせ事項	ページ	
			指針	マニュアル
1	学校生活管理指導表	① 食物アレルギーを持ち学校給食の対応が必要な児童生徒は毎年提出(レベル1の詳細な献立対応のみの児童生徒も含む) ② エピペン®を持つ児童生徒は「学校における配慮や管理が必要な児童生徒」なので毎年提出(学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン要約版 平成 27 年 2 月文部科学省より) ③ 小学校就学時と小学校 6 年生(市外中学・私立中学への進学予定者除く)は食物アレルギーを持つ就学児・児童は全員提出 ④ 学校生活管理指導表の記載をもとに、各学校の食物アレルギーサポート会議(食物アレルギー対応委員会)で対応する品目を決める。 ⑤ 学校生活管理指導表に記載のある原因食物を超える対応や家庭で対応されていない品目への対応はしない。 例えば、指導表に記載が無い食品を「念のため除去します」や「一度も食べたことがないので除去します」は対応しない。 ⑥ 学校生活管理指導表に原因食物の記載があるものについても、調理場や学校で安全に対応できないと判断する場合は対応しない。	34 ～ 35	②22 23
	対応方法の決定	学校生活管理指導表で対応の記載があった児童生徒の対応方法の決定は、次のような理由で各学校の「食物アレルギーサポート会議(食物アレルギー対応委員会)」で決定する。 そのため、各学校や各調理場の施設や人員に		②23 ～24 1～2

		<p>よって対応が異なる場合もある。</p> <p>① 指針に「学校給食の食物アレルギー対応は、個人の努力や良心に任されるものではなく、組織で対応するものです。学校長は食物アレルギー対応委員会を組織し、自ら委員長になります。委員会では、ガイドラインにもとづき、校内における食物アレルギーの様々な調整、連携、管理、決定、周知を行います。」と明記されている。</p> <p>② 指針に食物アレルギー対応委員会の具体的内容もこのことが明記されている。</p> <p>③ 指針にレベル 1(詳細な献立表対応)からレベル 4(代替食対応)の考え方も明記されている。</p> <p>④ 食物アレルギーを持つ児童生徒への対応内容は一人一人それぞれで違うので、市で統一してしまうと、対応しなければならない対象者が増え、かえって複雑な対応になってしまい、指針の大原則「安全性を最優先とする」に反してしまう。</p>	33 12 17 36	
	医療機関への確認の方法	<p>① 学校が保護者をとおして主治医に確認(学校が保護者をとおして主治医に直接連絡をとって良いか確認がとれたら、学校から直接主治医に連絡する。)</p> <p>② ①でも対応に困る場合は、学校が市教育委員会へ相談(様式第1号食物アレルギー対応アドバイザー申請書)、市教育委員会がアドバイザーに相談後、主治医に確認し、学校へ連絡をする。</p> <p>③ ②の結果、主治医・学校・保護者の三者で話し合って決める場合もある。</p> <p>④ 保護者が医療機関に行くことができなくて、学校生活管理指導表の提出をしてもらえない場合は市教育委員会に相談する。</p>		②1 ~2
2	弁当対応の考慮対象について	① 学校生活管理指導表「E原因食物を除去する場合により厳し	21	③5

		<p>い除去が必要なもの」に○が付いたら弁当対応の考慮対象になる（そばも同じ扱い） 同じラインや工場で作られた食材について除去の希望がある場合も、弁当対応の考慮対象になる。 （情報提供は可能な範囲で行うが、要求が過多の場合には、弁当対応を考慮する）</p> <p>② 食器や調理器具の共用ができない場合は、すべての給食提供無しで弁当対応の考慮対象になる</p> <p>③ 香料は添加物なので極微量でその対応が必要な場合は弁当対応の考慮対象になる</p> <p>④ その他、指針 21 ページの「弁当対応の考慮対象」についてすべて対象とする。</p>		
3	<p>二者択一对応で、多段階対応はしない</p>	<p>① 多段階の対応はしない</p> <p>② 牛乳 「飲用牛乳だけ飲みません。シチューは食べられます。パンは食べられます。」は多段階対応になります。牛乳アレルギーの児童生徒は今まで食べられていたとしても、体調によっては症状が出てしまう可能性があるため、牛乳アレルギーがなくなるまでシチュー等の料理や脱脂粉乳が入っているパンも全部除去対応する。</p> <p>③ 果物・野菜 果物や野菜をひとくくりに考えないで、りんご・みかん・桃など個別に考える。 「即時型」の食物アレルギーの場合には、生と加熱の区別は多段階対応になるので、例えば生のみかんがだめで、今まで缶詰みかんは食べていたとしても、みかんアレルギーがなくなるまで缶詰みかんが入っているフルーツソースやゼリーやジャム等も全部除去対応する。 ただし、学校生活管理指導表の「A 食物アレルギーの病型」で「2 口腔アレルギー</p>	35	②23

		<p>症候群」に○がついた場合は、口腔症状以外に重症化するリスクが少ないことから、「C原因食物」が例えば生みかんだったら、生のみかんだだけの対応をする。この場合、複数の原因食物をアレルゲンとしていて、食物アレルギーの病型のどれにも○がついている場合は、もう一度保護者をとおして主治医に病型別の原因食品を学校生活管理指導表への記載していただくよう依頼して確認の上、対応をする。またキウイフルーツはアナフィラキシーを起こす可能性が高いこともある果物もあるので気をつける。</p> <p>④ 鶏卵 鶏卵についても牛乳や果物と同じように、量についての多段階対応はしないが、生卵についてのみは、次の「献立の作成について」のとおり、栃木市の学校給食の献立で提供しないことにする。</p> <p>⑤ 生魚、生やまいも、生魚卵(いくらなど) 主治医が加熱のものを食べて大丈夫と学校生活管理指導表に記載しているのであれば、これらの食材は給食での対応は無しとするが、校外活動などでは考慮する。 (そもそも、この二者択一の考えは、「給食対応において、不必要な対応や安全性が確保していない個別対応を無くし、対応が必要な児童生徒に対し、除去食・対応食を提供することが目標」だったので、無意味な給食対応を増やすことはない)</p>		
4	<p>献立の作成と提供しない食材について</p>	<p>① そば自体は提供しない ② 生卵は提供しない ドレッシングやマヨネーズは卵が入っていないものを使用 加熱卵とは、調理場で加熱するものをいう ③ カレールウは、乳が入っていないものを使用する。その他の食材を、乳・卵等が入っ</p>	18 ～ 22	②23

		<p>ていないものを使用するかどうかは、対応している食物アレルギーを持つ児童生徒のアレルゲンの内容が各学校でそれぞれなので、市で統一してしまうと、必要のない学校まで対応することになってしまうので、各学校の「食物アレルギーサポート会議(食物アレルギー対応委員会)」で決定する。</p> <p>④ 指針どおり「できる限り、1回の給食で複数の料理に同じ原因食品を使用しないように配慮します」</p> <p>⑤ 調味料・だし・添加物については指針 P19 のとおりですが、その他「魚介エキス」も弁当対応を考慮する。</p> <p>※1 「学校給食における食物アレルギー対応指針」の補足事項に「19 ページの表に記載のある調味料・だし・添加物等(香辛料含む)については基本的に除去の必要はありませんが、表に記載のないものについて完全除去を基本とします。ただし、対応の決定にあたっては、保護者と相談の上、医師に改めて確認をとってください。」と明記されている。</p> <p>※2 栃木市では、商品内訳表に掲載されている食品添加物までの対応が必要な場合はお弁当対応を考慮する。</p> <p>⑥ そば・生卵・生魚・生肉・生山芋・落花生(ピーナッツ)・あわび・いくら・カシューナッツ・キウイフルーツ・まつたけ・くるみ・生魚卵は提供しない。</p> <p>⑦ その他、各学校で提供しない食品は「食物アレルギーサポート会議(食物アレルギー対応委員会)」で決定することとする。</p>	<p>18</p>
--	--	---	-----------

<p>5</p>	<p>食物アレルギー除去食・代替食対応する食品は 12 品目</p>	<p>①卵 ②乳 ③えび ④かに ⑤いか ⑥オレンジ ⑦牛肉 ⑧さけ ⑨さば ⑩鶏肉 ⑪豚肉 ⑫もも の 12 品目 上記 12 品目以外の食品については、献立表を確認して、家庭で判断して代替食（弁当）を持参をお願いします。 ※安全性の観点から、原因食品が間違いなく入っていることが分かる「表示義務のある特定原材料 8 品目」と「表示が推奨されている特定原材料に準ずるもの 20 品目」のうち調味料まで影響しない 12 品目とした。 また、12 品目の中でも調理場の状況により対応できない食品については、「食物アレルギーサポート会議(食物アレルギー対応委員会)」で決定することとする。下記のようなことをふまえてアレルギー対応をする。 ① 指針の目標に「アレルギーを有する児童生徒においても、給食時間を安全に、かつ楽しんで過ごすことができる。」と明記されている ② 指針の大原則に「食物アレルギーを有する児童生徒にも、給食を提供する。」と明記されている</p>	<p>5 12 32 33 4</p>	<p>②23</p>
<p>6</p>	<p>代替食について</p>	<p>① できるだけ少数の代替食の献立で対応できるようにする。 例えば、学校に卵アレルギーの児童生徒と、乳アレルギーの児童生徒がいたら、2人とも乳・卵抜きのアレルギーに対応できる代替食にする。 ② 指針にもアレルギー対応献立はできる限り最小限の代替食を「提供するかしないかの二者択一」とするとよいと明記されている ③ 指針どおり「原因食物が入っている料理と、除去した料理で形を変えてわかりやすくする」</p>	<p>37 20</p>	

		<p>例えば卵アレルギーで厚焼卵が食べられない場合は、見た目ですぐに間違えないように、しゅうまいにするなど</p> <p>④ 基本物資（納入表に掲載するパン・ごはん・牛乳）は、代替食は提供しないで、返金対応とする。（受配校では検食・保存食が2個ずつ必要になり5個用意しなければならないなど費用面と、安全に提供できる環境が整っていないため）</p>		
7	おかずやお弁当対応について	<p>① いたずら防止のため、安全な場所で管理する。衛生管理上、調理室では預からない。</p> <p>② 衛生管理は保護者対応とし、温めについても原則対応しない。（保冷剤やスープポットなどを利用し温度管理にも注意してもらう）</p> <p>③ 持参するおかずやお弁当の内容については、指針に「保護者と児童生徒に対して個別指導を行い、学校以外の食生活の質の向上を促します。必要に応じて定期的に面談を行います。定期的に面談することで、保護者と学校、給食調理場が適切な対応に向けて、良好なコミュニケーションを築いていきます。」となっているので、必要に応じて個別指導をする。</p> <p>④ その他の各学校での対応は「食物アレルギーサポート会議（食物アレルギー対応委員会）」で決定する</p>	13	17
8	給食費について	<p>① 毎日学校給食の提供がない場合は給食費の徴収をしない</p> <p>② 食物アレルギーの対応をするためには、食材費もかかってしまうので、何品か給食提供がなかったとしても返金はしない。</p> <p>③ 基本物資のみ、返金する。</p> <p>④ 食物アレルギーではないが、乳糖不耐症等他の病気で基本物資を止める場合は診断書を出してもらい、代替食の提供はしない</p>		13

		<p>で、基本物資のみ返金する。その場合の診断書は小学校 1 年生から卒業まで、中学校 1 年生から卒業まで有効とする。</p> <p>④ 食物アレルギー対応のための保存食と検食の分は市で負担する (代替食対応している学校数×1 食分と 1 センター1 食分で計算する)</p>		
9	施設設備と人数について	<p>① 指針の大原則で、「学校及び調理場の施設設備、人員等を鑑み無理な (過度に複雑な) 対応は行わない</p> <p>② 各学校の食物アレルギー対応委員会で対応を決定し、施設設備、人員等の支援が必要な場合は市教育委員会に報告する</p> <p>③ 指針どおり「市教育委員会は調理場の状況を踏まえ、対応方法の充実を図ります。」</p>	4	13 14 25
10	検食について	<p>① 食物アレルギー対応食の検食は、給食センター長や場長は必ず実施、受配校の管理職の検食の実施については、その給食センターや調理場の「食物アレルギーサポート会議(食物アレルギー対応委員会)」で決定する。</p>	27	
11	基本物資のみを提供する場合について	<p>① ごはん・パンの提供はしない (理由)加工するものは対応しないでそのままの提供になり、チェック対象になっていないため</p> <p>② 牛乳のみの提供は可とする。 (理由)牛乳は加工せず、そのまま提供しているため</p>		

平成27年11月24日(火)
栃木市文化会館 小ホール

学校給食における 食物アレルギー対応のための保護者説明会 「食物アレルギー対応について」

栃木市教育委員会事務局学校教育課
副主幹兼指導主事 中田智子

1

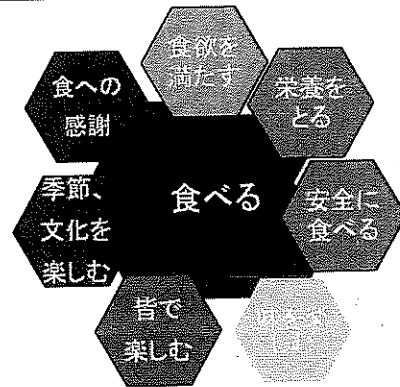
本日の内容

- 1 食物アレルギーについて
- 2 国の動向
- 3 学校給食における
食物アレルギー対応指針について
(栃木市の対応)
- 4 まとめ

2

1 食物アレルギーについて

3



参考資料:平成27年度 食の安全に関する調理員講習会 長谷川美穂管理栄養士資料より

子どもと食物アレルギー

日常生活の管理と、症状出現時の対応

食物アレルギーがあっても
食べられるものを理解し、
食事や生活を楽しみ、その
後の食習慣を作っていく



参考資料:平成27年度 食の安全に関する調理員講習会 長谷川美穂管理栄養士資料より

食物アレルギーに関する基礎知識



文部科学省・(公財)日本学校保健会

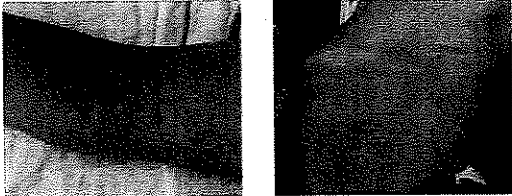
DVD学校における食物アレルギー疾患対応資料より

食物アレルギーの症状 (1)

■皮膚の症状：

- かゆみ、むくみ、じんましん、皮膚が赤くなる

じんましん 皮膚が赤くなる




文部科学省・(公財)日本学校保健会
DVD学校における食物アレルギー疾患対応資料より

食物アレルギーの症状 (2)

■粘膜症状：

- 眼の症状
 - 白目が赤くなる・ブヨブヨになる、かゆくなる、涙が止まらない、まぶたがはれる
- 鼻の症状
 - くしゃみ、鼻汁、鼻がつまる
- 口やのどの症状
 - 口の中やのどの違和感やはれ、のどのかゆみ・イガイガ感



文部科学省・(公財)日本学校保健会
DVD学校における食物アレルギー疾患対応資料より



食物アレルギーの症状 (3)

■消化器の症状：

腹痛、気持ちが悪い、吐く、下痢

■呼吸器の症状：

のどが締めつけられる感じ、声がかすれる、犬がほえるようなせき、せき込み、ゼーゼー、呼吸がしづらい





文部科学省・(公財)日本学校保健会
DVD学校における食物アレルギー疾患対応資料より

食物アレルギーの症状 (4)

■全身性症状：

- アナフィラキシー
 - 皮膚・粘膜・消化器・呼吸器の様々な症状が複数出現し、症状がどんどん進行してくる状態
- アナフィラキシーショック
 - ぐったり
 - 意識がもうろうとしている
 - 呼びかけに反応できない
 - 顔色が悪い



文部科学省・(公財)日本学校保健会
DVD学校における食物アレルギー疾患対応資料より

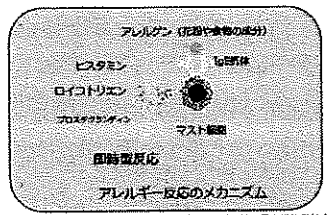
学校で問題になる食物アレルギーのタイプ

タイプ	発症の多い発症年齢	頻度の高い食物	避性の強弱(出る可能性)	アナフィラキシーの危険性
即時型症状(じんましん、アナフィラキシーなど)	乳児期～成人期	年齢によって異なる 乳児～幼児：卵卵、牛乳、小麦、そば、魚卵、ピーナッツなど 学童～成人：卵卵、魚卵、小麦、栗粉類、そば、ピーナッツなど	卵卵、牛乳、小麦、大豆などは高い その他は低い	高い
遅延型アレルギー(食物依存性運動誘発アナフィラキシー)	学童期～成人期	小麦、エビ、カニなど	低い	とても高い
口くろアレルギー症候群	幼児期～成人期	果物：野菜など	低い	低い

「食物アレルギー診療の手帳2011」より一部改変し、引用
文部科学省・(公財)日本学校保健会
DVD学校における食物アレルギー疾患対応資料より

アレルギーのしくみ

- アレルギー反応は、異物を撃退しようとする免疫反応の一つ
- 花粉や食物は体にとって有害ではないが、過剰に反応すると「IgE抗体」をつくり攻撃する
- IgE抗体はマスト細胞にくっつき、そこに花粉や食物の成分がつくと、ヒスタミンなど物質が出て、アレルギー症状が起こる

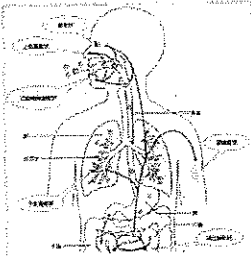


アレルギー性疾患
じんましん
アレルギー性鼻炎
アレルギー性結膜炎
食物アレルギー
アトピー性皮膚炎
気管支ぜん息

アレルギー反応のメカニズム
文部科学省・(公財)日本学校保健会
DVD学校における食物アレルギー疾患対応資料より

食物アレルギーにおけるアレルゲンの吸収と症状出現

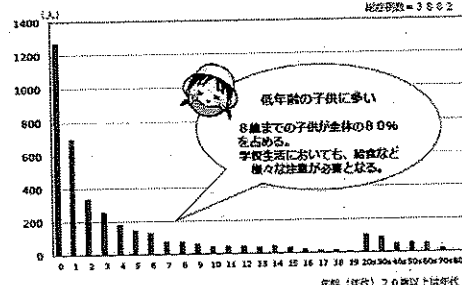
特徴	小児期用	口くちアレルゲン
アレルゲンタンパクの種類	胃液・消化酵素に対して安定 【例：オボムコイドや牛乳：カゼインなど】	●食物・野菜など ●口くちアレルゲン（OAS） ●元々は花びらに対して反応
症状出現時期	30分～2時間程度が多い	数分以内



図解と表は、小児アレルギーシリーズ「食物アレルギー」より引用
文部科学省・（公財）日本学校保健会

DVD学校における食物アレルギー疾患対応資料より

即時型食物アレルギーの年齢分布

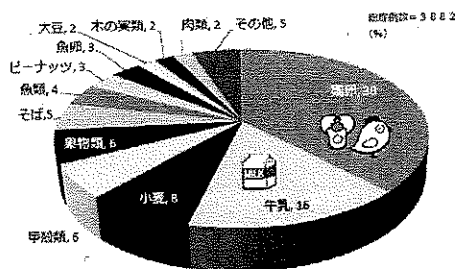


低年齢の子供に多い
8歳までの子供が全体の80%を占める。
学校生活においても、給食など様々な注意が必要となる。

総症例数=3862
日本小児アレルギー学会食物アレルギー委員会「食物アレルギー診療ガイドライン2012」より一部改変し、引用
文部科学省・（公財）日本学校保健会

DVD学校における食物アレルギー疾患対応資料より

原因食品の内訳（全年齢）



日本小児アレルギー学会食物アレルギー委員会「食物アレルギー診療ガイドライン2012」より一部改変し、引用
文部科学省・（公財）日本学校保健会

DVD学校における食物アレルギー疾患対応資料より

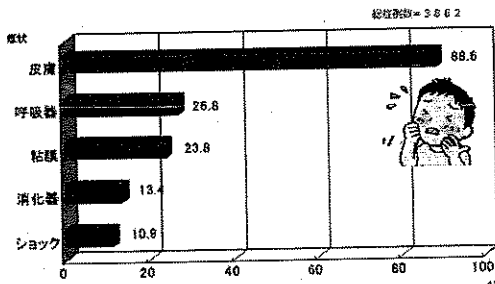
年齢別原因食品

年齢群	0歳	1歳	2、3歳	4～6歳	7～10歳	20歳以上	合計
症例数	1270	699	594	454	400	366	3862
第1位	卵類 22.1%	卵類 44.6%	卵類 30.1%	卵類 23.3%	牛乳類 16.0%	卵類 18.0%	卵類 32.2%
第2位	牛乳類 20.1%	牛乳類 13.9%	牛乳類 19.7%	牛乳類 18.5%	卵類 13.2%	牛乳類 14.8%	牛乳類 17.9%
第3位	小麦類 7.1%	小麦類 7.0%	小麦類 7.7%	小麦類 9.0%	卵類 10.8%	小麦類 12.8%	小麦類 8.0%
第4位	大豆類 0.7%	ピーナッツ類 3.2%	大豆類 8.8%	大豆類 9.8%	小麦類 3.1%	大豆類 6.7%	
第5位		ピーナッツ類 5.1%	大豆類 0.2%	大豆類 0.0%	卵類 7.1%	大豆類 6.0%	
第6位		卵類 3.9%	卵類 8.2%	卵類 6.6%	卵類 6.6%	卵類 4.6%	
第7位		小麦類 3.3%	小麦類 7.4%	小麦類 4.4%			

日本小児アレルギー学会食物アレルギー委員会「食物アレルギー診療ガイドライン2012」より引用
16

DVD学校における食物アレルギー疾患対応資料より

即時型食物アレルギーの誘発症状



日本小児アレルギー学会食物アレルギー委員会「食物アレルギー診療ガイドライン2012」より一部改変し、引用
文部科学省・（公財）日本学校保健会

DVD学校における食物アレルギー疾患対応資料より

食物アレルギーの管理

《原則》正しい診断による必要最小限の原因食物の除去

■正しい診断とは？

- ・食物経口負荷試験に基づいた診断
(診療所と専門病院の連携が基本)
- ・食物アレルギーによる症状+原因食物に対するIgE抗体が陽性



■必要最小限の除去とは？

- ・食べると症状が出る食物だけを除去する。
- ・原因食物でも、症状が誘発されない「食べられる範囲」までは食べることができる。



文部科学省・（公財）日本学校保健会

DVD学校における食物アレルギー疾患対応資料より

食物アレルギーって血液検査でわかるの？

血液検査だけではわかりません。

血液検査の結果は食物アレルギーの原因食物の診断の参考にしますが、血液検査が陽性でも食べられる人もいれば、陰性でも食べられない人もいます。

医師の指示に従って実際に食べて症状が出る必要最小限の食物だけを、症状を起こさないために除去することが大切です。

参考資料：平成27年度 食の安全に関する調理員講習会 長谷川美穂管理栄養士資料より

食物アレルギーは、治らないの？

乳幼児期に発症した卵、牛乳、小麦粉、大豆が原因の食物アレルギーは、3歳までに50%、6歳までに90%がやがてたべられるようになると言われてしています。

食物アレルギーと診断された後も、

症状を起こさないよう原因食物の除去をしながら、定期的に、食べられるようになったかどうかを食物負荷試験などで確認することが大切です。

食物負荷試験は除去していた食物を実際に食べてみて、症状が現れないか、どのくらい食べると症状が出るのかをみる試験です。

参考資料：平成27年度 食の安全に関する調理員講習会 長谷川美穂管理栄養士資料より

鶏卵アレルギーは鶏肉も除去した方がいい？

鶏卵と鶏肉をまとめて除去する必要はありません。鶏卵と魚卵も同じです。

食物アレルギーは食品のたんぱく質を、体が異物ととらえて反応することで症状が起ります。

鶏卵と鶏肉のたんぱく質は違うので、まとめて除去する必要はありません。

牛乳と牛肉、大豆と小豆・緑豆もやし・ピーナッツもまとめて除去する必要はありません。

参考資料：平成27年度 食の安全に関する調理員講習会 長谷川美穂管理栄養士資料より

食べてもいいって言われたけど、本当は食べない方がもったいない？

食物アレルギーの原因食物であっても、食べて症状が出ない「食べられる範囲」までは積極的に食べることができます。

症状が出ない量を摂取していると、摂取量を増やしていける場合が多くみられます。

参考資料：平成27年度 食の安全に関する調理員講習会 長谷川美穂管理栄養士資料より

ちょっとぐらいの症状なら食べても平気？

自己判断で食べることは危険です。

食べたことのないものや、
食べたことのない量を食べて、
どのような症状が出るか分かりません



保護者が見過ごしてしまう症状から始まって、短時間で急激に悪化するような場合もあります。

主治医の指示に従って

きちんとお子さんに合った除去をしましょう。

参考資料：平成27年度 食の安全に関する調理員講習会 長谷川美穂管理栄養士資料より

2 国の動向

学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン

(発行：日本学校保健会 監修：文部科学省 平成20年3月)

第1章 総論

1. すべての児童生徒が安心して学校生活を送ることのできる環境作りをめざして
2. アレルギー疾患とその取り組み
3. 「学校生活管理指針表（アレルギー疾患用）」に基づいた取り組み

第2章 疾患名録

1. 気管支ぜん息
2. アトピー性皮膚炎
3. アレルギー性結膜炎
4. 食物アレルギー・アナフィラキシー
5. アレルギー性鼻炎

学校での取組プランや緊急時対応マニュアルの作成、日課の対応についての参考資料

(公開) 日本学校保健会のホームページから全ページダウンロード可能
http://www.gakkohoken.jp/book/ebook/ebook_01/01.pdf
 文部科学省・(公開) 日本学校保健会

DVD学校における食物アレルギー疾患対応資料より

平成25年 文部科学省では

学校給食における食物アレルギー対応について

学校給食実施基準の一部改正について(通知)
 (平25.1.30. 24文科ス494通知)

三 学校給食の食事内容の充実等について

(1)⑤ 食物アレルギー等のある児童生徒に対しては、校内において校長、学級担任、養護教諭、栄養教諭、学校医等による指導体制を整備し、保護者や主治医との連携を図りつつ、可能な限り個々の児童生徒の状況に応じた対応に努めること。

なお、実施に当たっては財団法人日本学校保健会で取りまとめられた「アレルギー疾患対応の学校生活管理指針表」及び「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」を参考とすること。

文部科学省

平成26年度 文部科学省では

セットで活用

食物アレルギー対応指針
 +
 ガイドライン(要約版)
 +
 研修用DVD

事故防止

全小中学校配付 文部科学省HP掲載

ガイドラインの要約版 表面

学校におけるアレルギー疾患対応の三つの柱

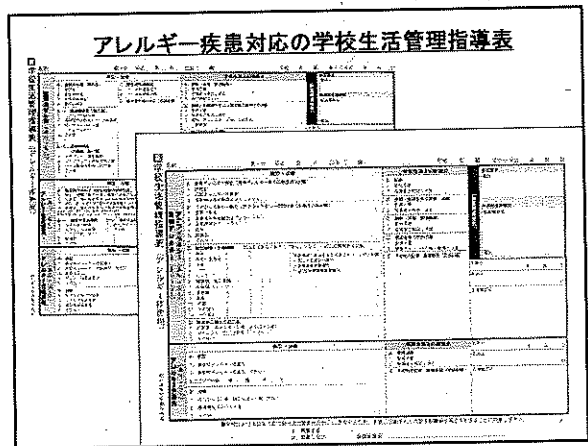
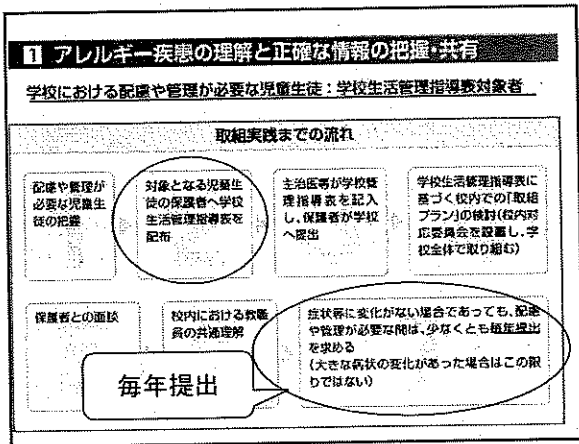
1 アレルギー疾患の発現と正確な情報の把握・共有
 ・「ガイドライン」(1)(4)に学校生活管理指針(国定)の取組の徹底
 ・学校生活管理指針表(アレルギー疾患用)の活用
 ・学校生活管理指針表(アレルギー疾患用)の活用
 ・学校生活管理指針表(アレルギー疾患用)の活用

2 発症時の対応
 ・緊急時対応マニュアルの作成・共有

3 アレルギー発症の予防と正確な情報の把握・共有
 ・学校生活管理指針表(アレルギー疾患用)の活用
 ・学校生活管理指針表(アレルギー疾患用)の活用
 ・学校生活管理指針表(アレルギー疾患用)の活用

4 日常の取組と学校生活管理指針表(アレルギー疾患用)の活用

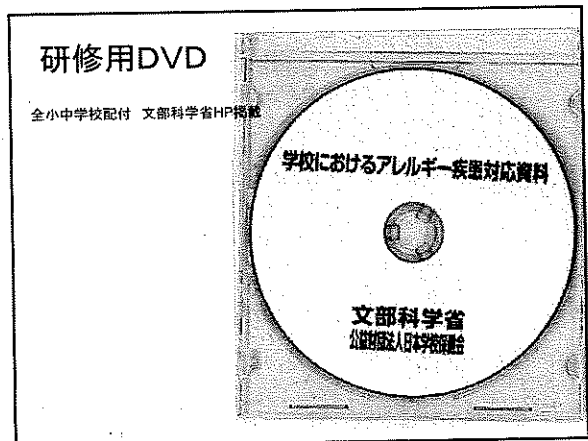
項目	内容
アレルギー疾患の発現と正確な情報の把握・共有	学校生活管理指針表(アレルギー疾患用)の活用
発症時の対応	緊急時対応マニュアルの作成・共有
アレルギー発症の予防と正確な情報の把握・共有	学校生活管理指針表(アレルギー疾患用)の活用
日常の取組と学校生活管理指針表(アレルギー疾患用)の活用	学校生活管理指針表(アレルギー疾患用)の活用



栃木市 学校生活管理指導表について

- ・食物アレルギーを持ち学校給食の対応が必要な児童生徒は毎年提出
- ・エピペンRを持つ児童生徒は「学校における配慮や管理が必要な児童生徒」なので毎年提出
- ・小学校就学時と小学校6年生で、食物アレルギーを持つ就学児・児童は全員提出

栃木市では、学校生活管理指導の手数料助成をしています。ほとんどの栃木市指定医療機関では手数料が無料になります。ご協力をお願いします。手続きは学校から説明されているとおりです。



原因食物・診断根拠

原因食物	診断根拠
小麦	小麦アレルギー検査(血液検査)
卵	卵アレルギー検査(血液検査)
牛乳	牛乳アレルギー検査(血液検査)
大豆	大豆アレルギー検査(血液検査)
そば	そばアレルギー検査(血液検査)
ピーナッツ	ピーナッツアレルギー検査(血液検査)
アрахシド	アрахシドアレルギー検査(血液検査)
りんご	りんごアレルギー検査(血液検査)
バナナ	バナナアレルギー検査(血液検査)
みかん	みかんアレルギー検査(血液検査)
イチゴ	イチゴアレルギー検査(血液検査)
ぶどう	ぶどうアレルギー検査(血液検査)
りんご	りんごアレルギー検査(血液検査)
バナナ	バナナアレルギー検査(血液検査)
みかん	みかんアレルギー検査(血液検査)
イチゴ	イチゴアレルギー検査(血液検査)
ぶどう	ぶどうアレルギー検査(血液検査)

原因食物・診断根拠を正しく把握集約して記載してもらおう

学校における食物アレルギー疾患対応資料より

学校生活管理指導表

学校生活上の留意点	対応
A. 配慮	1. 管理不要 ・学校として特別な配慮は不要。 ・保護者からの要望による対応は行わない。
B. 保護者と相談し決定	2. 保護者と相談し決定 ・具体的な場面を想定して既往などの情報を収集する。 ・対応はガイドライン・指導表に沿った範囲に止める。
C. 医師(体育・保健教師)	1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定
D. 個別指導(校外活動)	1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定
E. その他の配慮・指導事項(自由記載)	

保護者からの要望のみによる対応は行わない!

学校における食物アレルギー疾患対応資料より 文部科学省・(公財)日本学校保健会

学校生活上の留意点：A 給食

- 学校給食での対応の基本的方向
 - ・ 学校給食の意義
「食の大切さ」を理解し、「食事の楽しさ」を知るための教材
食物アレルギーの児童生徒も給食を楽しむことを目指す
 - ・ 食物アレルギーの児童生徒への対応
各学校、調理場の能力や環境に応じて対応する。

ポイント！
学校給食は、現場の物理的・人的体制も勘案すれば、
児童生徒・家族の要望を全て満たせないこともある。
最終的な方法・方針は学校が決定！

文部科学省・(資料) 日本学校保健会
学校における食物アレルギー疾患対応資料より

栃木市 学校生活管理指導表について

- ・ 学校生活管理指導表に記載のある原因食物は指導表に沿った範囲での対応とし、家庭で対応されていない品目への対応はしない。

例えば、指導表に記載が無い食品を「念のため除去します」や「一度も食べたことがないので除去します」の対応は、今まで対応していても、平成28年度からは控えさせていただきます。

栃木市の 学校生活管理指導表について

- ・ 学校生活管理指導表の記載をもとに、各学校の食物アレルギーサポート会議(食物アレルギー対応委員会)で対応する品目を決める。
- ・ 学校生活管理指導表に原因食物の記載があるものについても、調理場や学校で安全に対応できないと判断する場合は、お弁当対応になる場合があります。

栃木市の 学校生活管理指導表について

- ・ 学校生活管理指導表で対応の記載があった児童生徒の対応の決定は各学校の「食物アレルギーサポート会議(食物アレルギー対応委員会)」で決定する。

そのため
○A学校は、全品目代替食対応
○B学校は、対象人数も多い場合や施設の状況によって、安全に対応できないので、例えば卵の除去対応のみなどと学校により異なる場合もあります。

栃木市の 学校生活管理指導表について

ご心配なことがありましたら…
栃木市では2名の「食物アレルギー対応アドバイザー」も設置していますので、学校をとおして、**市教育委員会**にご相談してください。
【食物アレルギー対応アドバイザー】
栃木市医師会
桜井こどもクリニック 櫻井賢司
食物アレルギー専門医
獨協医科大学小児科准教授 吉原 重美

ガイドラインの要約版 裏面

緊急性が高いアレルギー症状があるか、5分以内に判断

＜緊急性が高いアレルギー症状＞

<p>全身の症状</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> くったり <input type="checkbox"/> 唇腫もろろう <input type="checkbox"/> 尿や便を漏らす <input type="checkbox"/> 顔が腫れにくい <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い 	<p>呼吸器の症状</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> のどや胸が締め付けられる <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 犬が吠えるようなせせ <input type="checkbox"/> 息がしにくい <input type="checkbox"/> 持続する強いせき込み <input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸 (ぜん息発作と区別できない場合を含む) 	<p>消化器の症状</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 我慢できない腹痛 <input type="checkbox"/> 繰り返し吐き続ける
--	---	--

これらの症状が一つでもあれば

○救急車を要請(119番通報)
○乳だちにエピペン®を使用

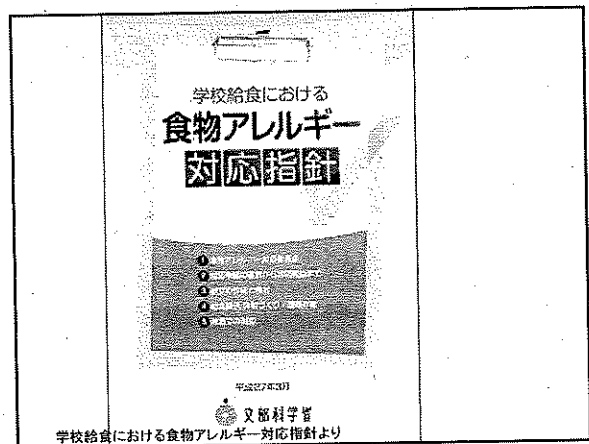
ガイドラインの要約版 裏面より

栃木市の緊急時の対応

自治医科大学救急医学教室 鈴木正之 教授の協力のもと、アクションカードを活用した緊急時の対応を作成。各学校で自校化して訓練している。

アクションカードとは何か、突発的な事態が起きた時に、現場に居合わせた個人の行動を促し、的確な判断を導くための、事前指示書

3 学校給食における食物アレルギー対応指針について



学校給食における食物アレルギー対応指針

学校や調理場における安全・安心かつ確実な対応を実施するため、学校給食における食物アレルギー対応を行う際の基本的な考え方をまとめたもの。

(目標)アレルギーを有する児童生徒においても、給食時間を安全に、かつ楽しんで過ごすことができる

学校給食における食物アレルギー対応指針より

二者択一で除去対応したときの問題点や疑問点

これまで一定レベル以上の給食を安全に食べていた児童生徒が、完全除去対応となるため、対応の後退を問題にされる可能性がある。

⇒個人で考えれば、一部児童生徒で二者択一が対応の後退に映るが、この方針は学校給食における食物アレルギー対応全体の安全性向上という目的がある。

学校給食における食物アレルギー対応指針P37より

61

代替食について



代替食の場合、完全除去した献立に代替する献立・食材を加える。ただしアレルギー対応献立はできる限り最小限に集約して調理するようにし、原因食物ごとに別々の献立や調理方法を設定しない。最小限の代替食を「提供するかないかの二者択一」とするとよい。

学校給食における食物アレルギー対応指針P37より

原因食物が入っている料理と、除去した料理で形を変えてわかりやすくします。

学校給食における食物アレルギー対応指針P20より

62

栃木市でも

できるだけ少数の代替食の献立で対応

例えば、学校に卵アレルギーの児童生徒と、乳アレルギーの児童生徒がいたら、2人とも乳・卵抜きのアレルギーに対応できる代替食にする。

卵アレルギーで厚焼卵が食べられない場合は、見た目でも絶対に間違えないように、しゅうまいにするなどの対応になります。

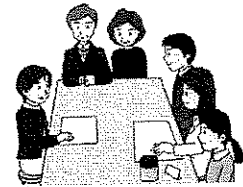
63

弁当対応の際の留意点

弁当対応を行う場合、双方にとって過度な負担とならないように配慮する。

学校給食における食物アレルギー対応指針P37より

食物アレルギー対応委員会では、校内の児童生徒の食物アレルギーに関する情報を集約し、様々な対応を協議決定します。



学校給食における食物アレルギー対応指針P12より

64

栃木市の お弁当対応についての留意点

- ・ いたずら防止のため、安全な場所で管理します。
- ・ 調理室ではアレルゲンになる食品も取り扱っていますので、調理室では預かりません。
- ・ 衛生管理は保護者対応とし、温めについても原則対応しません。(保冷剤やスープポットなどを利用し温度管理をおねがいします。)

65

- ・ 持参するおかずやお弁当の内容も、アレルゲン完全除去のおかずやお弁当を持たせてください。

例えば、牛乳アレルギーで学校では乳が入っているパンを除去している場合、持たせる物も、乳が入っていないパンやおにぎり等を持たせていただくようお願いします。

- ・ その他の各学校での対応は「食物アレルギーサポート会議(食物アレルギー対応委員会)」で決定します。

66

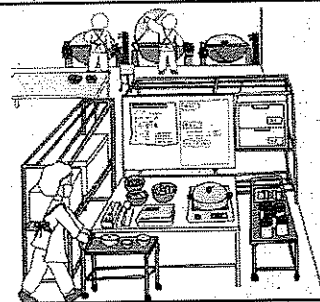
施設設備について

- 国の指針の大原則で、「学校及び調理場の施設設備、人員等を鑑み無理な(過度に複雑な)対応は行わない」
- 各学校の食物アレルギー対応委員会で対応を決定し、施設設備、人員等の支援が必要な場合は市教育委員会に報告する



市教育委員会は調理場の状況を踏まえ、対応方法の充実を図ります

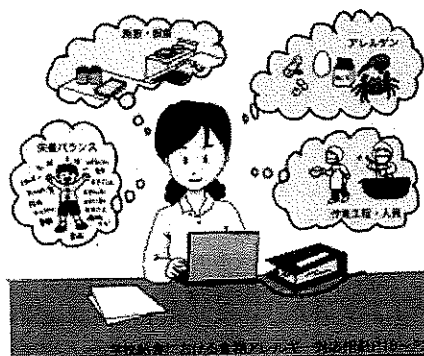
調理場における食物アレルギー対応の様子



- (イメージ)
- 専用室がない場合に、作業区域は区分されたスペースを設ける
 - 当日の対応や対応者についてホワイトボードに記載
 - 調理器具や食器等を分ける (区別するため)
 - 作業担当者のエプロン等を色分け

学校給食における食物アレルギー対応指針P24より

献立作成



学校給食における食物アレルギー対応指針P22より

対応食の調理手順

(ア) 検取

複数の検取担当者が、使用する食材や調味料を指図で確認し、記録します。共同調理場方式等で、食材が複数段に納入業者から直接納入される場合についても、各学校ごとに検取責任者をあらかじめ決め、確実に検取します。

【確認項目】

- 検取された食材が発注した食材であるか確実に検取します。
- 加工食品等は業者から取り寄せた正確な原料配合表と同じ商品が検取します。

●ヒヤリハット事例(思いがけないものにアレルギーが入っていた事例)

棒棒鶏(パンパンジー)ドレッシングにピーナッツペーストが入っていた。気付かずに出そうとしたら配食していた調理員が裏面を見て気付いた。

⇒ 加工食品は必ず事前に原料表をもらって確認(原材料の変更はないか、違う食品でないかなど)

まずは検取時にしっかり確認!

学校給食における食物アレルギー対応指針P26～P29より

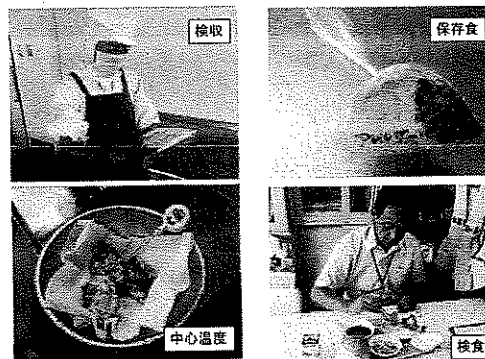
(イ) 調理作業

- 対応食担当者
- 調理員は調理別化を意識し
- 混入を防ぐため
- 普通食と一緒に調理し、原因食材を入れる前に途中で取り分ける場合は、対応食担当者が原因食材の混入がないことを確認してから取り分けます。
- 事前に決められた確認箇所、事前に決められた方法(ダブルチェック、出し紙差し等)での確認を徹底します。日々の流れ作業にならないよう
- 普通食と同様、温度管理、保存食の採取、検食を行います

学校給食における食物アレルギー対応指針P26～P29より



対応食の検取・衛生管理



平成27年度 食の安全に関する調理員講習会資料より

皆さんと協力しながら、不安→
安心に変えていけるようにしたい
今後とも、
学校におけるアレルギー対応に
ご理解とご協力をお願い
いたします。



ご清聴ありがとうございました

Food Allergy Questionnaire (就学時健康診断と転入時用) 参考資料9 英語 様式2

Name of School _____ School your child graduated from _____
 Grade _____ Class _____
 Name _____ M • F _____
 Parent/Guardian _____ Fill-in Date _____

1 Does your child have any food allergies?
 Please circle one that applies.
 YES Go to Q2 NO No further Question

2 Has your child ever been diagnosed with food allergy?
 Please circle one that applies. If yes, when was it?
 YES (when my child was _____ years old) Go to Q3 NO Go to Q4

3 Did your child's doctor order him/her not to take food(s) causing allergy?
 YES (Name of food(s) _____) NO

4 Please circle the current situation
 Specific consideration is given to the food(s) below. No specific consideration is given.
 (Name of food(s) _____) No further question.

5 How is it dealt with at home?
 I do not let my child eat such food(s) at all.
 I allow my child to eat only processed foods that slightly contain allergy food(s).
 I do not let my child eat such food(s) when he/she is not feeling well.
 Other (_____)

6 Write specifically what symptoms your child has if he/she eats the food(s) causing allergy.
 (Write the latest date that your child had the symptom.)

※We may contact you to ask you about this questionnaire.

※If you check this question, please consult a doctor and submit. Seikatsu Kanri Shidoukyou. We will decide how school lunch should be served based on the doctor's diagnosis.

Food Allergy Questionnaire (小学校6年生用) 参考資料9 英語 様式2

Name of School _____ School your child will enter _____
 Grade _____ Class _____
 Name _____ M • F _____
 Parent/Guardian _____ Fill-in Date _____

1 Does your child have any food allergies?
 Please circle one that applies.
 YES Go to Q2 NO No further Question

2 Has your child ever been diagnosed with food allergy?
 Please circle one that applies. If yes, when was it?
 YES (when my child was _____ years old) Go to Q3 NO Go to Q4

3 Did your child's doctor order him/her not to take food(s) causing allergy?
 YES (Name of food(s) _____) NO

4 Please circle the current situation
 Specific consideration is given to the food(s) below. No specific consideration is given.
 (Name of food(s) _____) No further question.

5 How is it dealt with at home?
 I do not let my child eat such food(s) at all.
 I allow my child to eat only processed foods that slightly contain allergy food(s).
 I do not let my child eat such food(s) when he/she is not feeling well.
 Other (_____)

6 Write specifically what symptoms your child has if he/she eats the food(s) causing allergy.
 (Write the latest date that your child had the symptom.)

※We may contact you to ask you about this questionnaire.

※If you check this question, please consult a doctor and submit. Seikatsu Kanri Shidoukyou. We will decide how school lunch should be served based on the doctor's diagnosis.

参考資料 1 (在校生用 平成 26 年度から) 英語
(For current student from 2014 fiscal year)
Date: (MM/DD/YYYY)

参考資料 1 (小学 6 年生 平成 26 年度から)
Sixth grade of elementary school from 2014 fiscal year
Date: (MM/DD/YYYY)

Dear Parent(s) / Guardian(s),

Principle of ○ ○ Elementary School,
Tochigi City (Official seal omitted)

Dear Parent(s) / Guardian(s),

Principle of ○ Elementary School
Tochigi City (Official seal omitted)

Survey for students with food allergies

The accurate information about students who have food allergies is necessary for us in order to take measures against food allergies in school lunches in accordance with the guideline of school life and lunch.
Please fill out the attachment, "The survey for food allergies" and submit it to the class teacher by DATE (曜日, 月 日 にか, 西曆).

Survey for students with food allergies

The accurate information about students who have food allergies is necessary for us in order to take measures against food allergies in school lunches in accordance with the junior high school's life and lunch guidelines.
Please fill out the attachment, "The survey for food allergies" and submit it to the class teacher by DATE (曜日, 月 日 にか, 西曆).
Please notify us if your child(ren) develop(s) any symptoms that appear to be food allergies in the future.

Contact:

Mr. (Ms.) xx in charge

Tel:

Division of Health and School Lunch
Tochigi City Board of Education

Contact:

Mr. (Ms.) xx in charge

Tel:

Division of Health and School Lunch
Tochigi City Board of Education

About how we deal with food allergies

Dear Parent(s) / Guardian(s),

Dear Parent(s) / Guardian(s),

Principle of ○ Elementary School
Tochigi City

Principle of ○ Elementary School
Tochigi City

Regarding the submission of School Life Guidance and Management Form for allergic diseases
(*Gako seikatsu kanri shido hyo: Arerugi Shikkan*)

School lunch is provided based on the rules of school lunch. Nutritionally balanced meals are served to promote health and improve body condition. This is a good opportunity to acquire better eating habit and foster human relations.

The accurate information from the School Life Guidance and Management Form for allergic diseases (*Gako seikatsu kanri shido hyo: Arerugi Shikkan*) is necessary for us to take appropriate measures for response against food allergies in school lunch.

Furthermore, this is an educational activity that can help students to understand food culture, nourish deeper gratitude, master sociality, control self-management. Therefore, from an educational point of view, we will do our best to deal with food allergies as much as possible.

The Guideline as tackling allergy diseases at schools was edited in March 2008 by the Division of School Health and Education, the Bureau of Sports and Youth, the Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology. Therefore, Japan Society of School Health made the School Life Guidance and Management Form for allergic diseases (*Gako seikatsu kanri shido hyo: Arerugi Shikkan*)

However, it is impossible for us to serve allergy-free food to prevent food allergies without your understanding. We sincerely ask you for your cooperation with in this matter when planning a meal.

Request smooth implementation

We ask students who have food allergies to submit a School Life Guidance and Management Form (*Gako seikatsu kanri shido hyo*) every year, in order to ensure security and safety at school for them, based on "The Guideline as tackling allergy diseases at schools"

1 Targeted students mean that they receive food allergy treatment by doctors and eat allergy-free food at home.

We would like to grasp the situation and accommodate student's request properly about allergy disease.

Allergy-free food is only for targeted students with food allergies and the school is supposed to get rid of food that most frequently causes a food allergy. We obtain guardians consent beforehand as well.

Please have your family doctor fill out the form and submit it to us as instructed below after you go over the attached instructions for guardians: a School Life Guidance and Management Form for allergic diseases, or *Gako seikatsu kanri hyo for guardians: Arerugi Shikkan Katsuyo no Shiori-Hogosya yo*. Thank you for your understanding in advance.

2 A School Life Guidance and Management Form for allergic diseases (*Gako seikatsu kanri shido hyo: Arerugi Shikkan*) is required to be submitted to prepare allergy-free food appropriately in school lunch every year.

If we find out that student consumed ingredient that might cause allergies despite the doctor's certificate, we would interview the guardians to verify the situation. If it's proven to be the case, we would stop providing this special service.

1. Deadline: Date

2. Submit to the class teacher of ○ Elementary School

3 We will give you a correspondence table for the menu beforehand. After checking it, please seal the form of written acceptance and hand it to the school. Please feel free to ask us if you have any questions or concerns about the menu. We would like to provide allergy-free food or alternative food as much as possible.

4 We ask you to bring lunch boxes by yourself when we have difficulty in obtaining ingredients and cooking specially.

5 We make a file for each student for nine years from an elementary school to a junior high school, which includes a *Gako seikatsu kanri shido hyo: Arerugi Shikkan* and a support plan to response against food allergies in school lunch.

If the student's high school inquires the information on this matter, we will keep the file afterwards.

Contact: Mr. (Ms.) xx in charge Tel:
--

食物过敏调查表 (就学時健康診断, 転入時)

格式 2

学校名 _____ 出身学校名 _____
 姓名 _____ 男 女 _____
 家长姓名 _____ 印 填写日期 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1 有感觉到是由于食物的原因引起过敏症状发生的情况出现吗?
 请用○在该当处打圈。
 有 接着回答问题2 没有 问题回答到此结束

2 是否接受过来自于医生的食物过敏的诊断结论?
 请用○在该当处打圈。另外,是在什么时候发生的?
 7 接受过该诊断 (约 岁左右) 接着回答问题3 1 没有接受过该诊断结论 接着回答问题4

3 当时,曾被告诫过不要食用产生原因的食品吗?
 7 告诫过 (食品名 _____) 1 没有被告诫过

4 现在的情况请用○在该当处打圈。 現在の状況を○で囲んでください。
 7 现在也不食用以下相关的食品。 1 现在没有采取特别的措施。
 (食品名称 _____) 问题回答到此结束

5 在自己家庭里采取了什么对应措施?
 7 完全不让其食用。
 1 仅让其食用在加工食品中稍有添加的食物。
 2 身体状况不佳时,不让其食用。
 3 其它 (_____)

6 食用发生过敏感原因的食品后,有什么症状出现? 请填写其具体情况!
 (请填写距今最近的症状出现的时期)

※ 回答完到此为止提问的对象,请提交到医疗机构接受治疗、生活管理指导表。 根据医生的诊断,决定提供就餐时的对应措施。

※ 有关调查表的内容,这之后有进行再次联系的可能性出现,拜托配合!

食物过敏调查表 (小学校6年生用)

参考資料9 中国語 格式 2

学校名 _____ 年 組 _____ 入学校名 _____
 姓名 _____ 男 女 _____
 家长姓名 _____ 填写日期 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1 有感觉到是由于食物的原因引起过敏症状发生的情况出现吗?
 请用○在该当处打圈。
 有 接着回答问题2 没有 问题回答到此结束

2 是否接受过来自于医生的食物过敏的诊断结论?
 请用○在该当处打圈。另外,是在什么时候发生的?
 7 接受过该诊断 (约 岁左右) 接着回答问题3 1 没有接受过该诊断结论 接着回答问题4

3 当时,曾被告诫过不要食用产生原因的食品吗?
 7 告诫过 (食品名 _____) 1 没有被告诫过

4 现在的情况请用○在该当处打圈。 現在の状況を○で囲んでください。
 7 现在也不食用以下相关的食品。 1 现在没有采取特别的措施。
 (食品名称 _____) 问题回答到此结束

5 在自己家庭里采取了什么对应措施?
 7 完全不让其食用。
 1 仅让其食用在加工食品中稍有添加的食物。
 2 身体状况不佳时,不让其食用。
 3 其它 (_____)

6 食用发生过敏感原因的食品后,有什么症状出现? 请填写其具体情况!
 (请填写距今最近的症状出现的时期)

※ 回答完到此为止提问的对象,请提交到医疗机构接受治疗、生活管理指导表。 根据医生的诊断,决定提供就餐时的对应措施。

※ 有关调查表的内容,这之后有进行再次联系的可能性出现,拜托配合!

参考资料1 (小学6年级学生 2014年度起)
年 月 日

致各位家长

公印
省略

栃木市立〇〇小学校长

关于食物过敏学生状况调查的通知

为^(○)提高和加强^(○)中学的学校生活质量以及^(○)供餐指导, 学校需要掌握^(○)准确的信息。请填写附件的「食物过敏调查」, 并于〇月〇日(〇)前提交给班主任。
今后若有类似食物过敏症状出现时, 请告知学校。

咨询
负责人 ○○
Tel. —

参考资料1 (在校实用 2014年度起) 中国語
年 月 日

致各位家长

公印
省略

栃木市立〇〇小学校长

关于食物过敏学生状况调查的通知

为^(○)提高和加强^(○)学校生活质量以及^(○)供餐指导, 在^(○)学校供餐时, 对于正在接受^(○)过敏性对应^(○)饮食的学生, 学校需要掌握^(○)准确的信息。请填写附件的「食物过敏调查」, 并于〇月〇日(〇)前提交给班主任。

咨询
保健供餐课
负责人 ○○
Tel. —

致各位家长

栃木市立〇〇小学校長

关于提交「学校生活管理指导表(过敏患者用)」

为了能更准确、更妥善地实施学校供餐对于食物过敏者的对应措施,所以需要向本校提供准确的「学校生活管理指导表(过敏患者用)」信息资料。

「学校生活管理指导表」是于2008年3月「对学校过敏患者的指导方针」在文部科学省运动・青少年局学校健康教育课的监修下,由财团法人日本学校保健会对外发布。

栃木市为了让患有过敏的学童能有更安心更安全的学校生活,以「对学校过敏患者的指导方针」为准则,对有必要实施对应措施的学童,要求每年提交「学校生活管理指导表(过敏患者用)」。

请主治医师填写「学校生活管理指导表」,了解掌握了学童的详细信息后,学校就能实施妥善的管理和照顾。

请阅读附件的「学校生活管理表(过敏患者用)活用指南~家长用~」,在理解确认后,再请主治医师填写。按以下所记提交。感谢您的配合。

记

1 提交期限 年 月 日 ()

2 提交单位 学校

咨询 负责人 ○○ 印

关于食物过敏的对应措施

致各位家长

栃木市立〇〇小学校長

学校供餐的实施是以学校供餐法为基准,它不仅能提供营养均衡的餐食、保持增进健康、增强体质、养成良好的饮食习惯、培养良好的人际关系,而且也是一个提高对饮食文化的理解和培养感恩心、社会性、自身管理能力等的教育环节。学校从教育的角度对学童在可能的范围内实施过敏性饮食的对应措施。

在对过敏性对应饮食的实施过程中,是必需有家长们的协助才能实现。有关于食谱等事项的商谈,届时请您配合协助。

《在实施中请您协助的事项》

- ① 过敏性对应饮食的实施对象是为了治疗食物过敏在医师的指导下在家中正在进行的对应饮食措施的学童。实施是在家长同意的前提下,采用除去过敏源食物等的方法。
- ② 在实施过敏性对应饮食之前,为了掌握状况,请您协助每年提交「学校生活管理指导表」。另外,当明确了学童在食用本应去除的过敏食物时,经面谈之后,依据医师的诊断书解除过敏性对应饮食。
- ③ 对应食谱表会提前交给家长。请在确认后盖章,再交还给学校。若对食谱有不明确之处,请向学校咨询。在供餐时,会在可能的范围内去除过敏食物或提供替代食品。
- ④ 在有很难进货的食材或有特别烹饪时,学校对此非常难对应,届时请协助自带便当。
- ⑤ 为了孩子的食物过敏的对应,学校把必需的学校生活管理指导表等资料和支援规划等装订成一册一册的支援档案。小学和中学共用九年。若进入高中后学校有需要时,可以将此档案移交继续使用。

食物アレルギー調査票

(就学時健康診断・転入時)

様式2

食物アレルギー調査票

(小学校6年生用)

参考資料9 スペイン語 様式2

Nombre de la escuela _____ Nombre de la escuela egresada _____
 Nombre del alumno (M・F) _____ Fecha actual: Año _____ Mes _____ Dia _____
 Nombre del tutor _____ Fecha actual: Año _____ Mes _____ Dia _____

1 食物が原因と思われるアレルギーがありますか？ Tiene alergia para algun alimento ?
 ○で囲んでください。 Encerrar con un un ○
 ある 質問2へ
 Si hay constestar la pregunta #2 No hay Aqui termina las preguntas
 ない 質問は以上で終了です

2 医師から食物アレルギーであるという診断を受けたことがありますか？ El medico le ha dicho
 ○で囲んでください。また、それはいつ頃でしたか que tiene alergia para algun alimento ?
 Encerrar con un ○. Desde, que fecha padece de alergia?
 ア 診断を受けたことがある(歳頃)質問3へ イ 診断は受けていない 質問4へ
 Ha recibido dictamen medico (edad) pasar a la pregunta #3 No recibio dictamen pasar a la pregunta #4

3 その時、原因食品の除去は指示されましたか？
 Se le dijo que tipo alimento era prohibido consumir?
 ア 指示された(食品名) イ 指示されていない
 Escribir el alimento que se prohibio consumir No le dieron especificacion

4 現在の状況を○で囲んでください。
 La situacion actual encerrar con un ○
 ア 現在も以下の食品について配慮をしている イ 現在は特に配慮していない Actualmente no tiene
 Actualmente tiene cuidados al dar a consumir los siguientes alimentos 質問は以上で終了です cuidado para comer
 (食品名)Nombre de los alimentos Las preguntas se dan por terminadas

5 ご家庭ではどのように対処していますか？
 Que tipos de cuidado toma en el hogar?
 ア 全く食べさせていない(No se le dà a consumir el alimento
 イ 加工食品等わずかに入っているものだけ食べさせている。 Los alimentos procesados aunque tenga poco de alimento prohibido lo consume
 ウ 体調の悪いときは食べさせて
 Cuando esta enfermo no se consume el alimento.
 エ その他() otros

6 原因食品を食べることによって、どんな症状がでるか、具体的に○で記入してください。
 (一番最近の症状が出た時期も○で記入してください)
 Que reaccion tiene al consumir un alimento que produce alergia, escribir especificamente
 (Escribir la fecha más reciente que le dio alergia por alimento)

※調査票の内容について、後日、連絡が行く場合がありますのでよろしくお願ひします。

Nombre de la escuela _____ Nombre de la escuela a ingresar _____
 Nombre (F・M) _____ Fecha actual: Año _____ Mes _____ Dia _____
 Nombre del tutor _____ Fecha actual: Año _____ Mes _____ Dia _____

1 食物が原因と思われるアレルギーがありますか？ Tiene alergia para algun alimento ?
 ○で囲んでください。 Encerrar con un un ○
 ある 質問2へ
 Si hay constestar la pregunta #2 No hay Aqui termina las preguntas
 ない 質問は以上で終了です

2 医師から食物アレルギーであるという診断を受けたことがありますか？ El medico le ha dicho
 ○で囲んでください。また、それはいつ頃でしたか que tiene alergia para algun alimento ?
 ア 診断を受けたことがある(歳頃)質問3へ イ 診断は受けていない 質問4へ
 Ha recibido dictamen medico (edad) pasar a la pregunta #3 No recibio dictamen pasar a la pregunta #4

3 その時、原因食品の除去は指示されましたか？
 Se le dijo que tipo alimento era prohibido consumir?
 ア 指示された(食品名) イ 指示されていない
 Escribir el alimento que se prohibio consumir No le dieron especificacion

4 現在の状況を○で囲んでください。
 La situacion actual encerrar con un ○
 ア 現在も以下の食品について配慮をしている イ 現在は特に配慮していない Actualmente no tiene
 Actualmente tiene cuidados al dar a consumir los siguientes alimentos 質問は以上で終了です cuidado para comer
 (食品名)Nombre de los alimentos Las preguntas se dan por terminadas

5 ご家庭ではどのように対処していますか？
 Que tipos de cuidado toma en el hogar?
 ア 全く食べさせていない(No se le dà a consumir el alimento
 イ 加工食品等わずかに入っているものだけ食べさせている。 Los alimentos procesados aunque tenga poco de alimento prohibido lo consume
 ウ 体調の悪いときは食べさせていない。
 Cuando esta enfermo no se consume el alimento.
 エ その他() otros

6 原因食品を食べることによって、どんな症状がでるか、具体的に○で記入してください。
 (一番最近の症状が出た時期も○で記入してください)
 Que reaccion tiene al consumir un alimento que produce alergia, escribir especificamente
 (Escribir la fecha más reciente que le dio alergia por alimento)

※調査票の内容について、後日、連絡が行く場合がありますのでよろしくお願ひします。

※Al llegar hasta esta pregunta, presentar el dictamen medico, y entregar la hoja llamada (seikatsu kannri shido hyo). De a cuerdo al dictamen medico, se le podra dar un menù especial en la escuela.

Material de referencia 1 (para los estudiantes: desde el 2014)
O/O /O

Queridos padres

Escuela primaria O/O de la Ciudad de Tlaxiuga

Sello
oficial
omitido

Acerca de la encuesta a niños con alergias alimenticias.

Para los niños (estudiantes) que en la actualidad se están atendiendo en los almuerzos escolares sus alergias alimenticias. Complete la hoja adjunta "Encuesta sobre alergias alimenticias" para poder comprender y atender en base a información precisa la vida y el almuerzo escolar.

Por favor envíe al maestro de la clase hasta el O/O/O/O (O)

Contacto
Division de Salud y almuerzo escolar
Encargado O/O
Telf. ---

Material de referencia 1 (Estuantes de sexto grado de primaria , desde el 2014)
O/O /O /

Queridos padres

Escuela primaria O/O de la Ciudad de Tlaxiuga

Sello
oficial
omitido

Acerca de la encuesta a niños con alergias alimenticias.

Complete la hoja adjunta "Encuesta de alergias alimenticias" y envíela al maestro de la clase hasta el O/O/O/O para comprender y atender en base a información precisa la vida y el almuerzo escolar en la escuela secundaria.

Si tiene algún síntoma de alergia alimenticia en el futuro, notifique a la escuela por favor.

Contacto
Encargado O/O
Telf. ---

Queridos padres

Escuela primaria O de la Ciudad de Tochigi

Presentación de la "Tabla de orientación para la gestión de la vida escolar" (Para enfermedades alérgicas)

Para responder de manera precisa y adecuada a las alergias alimenticias en los almuerzos escolares en nuestra escuela, se requiere información precisa en la "Tabla de orientación para la gestión de la vida escolar (para enfermedades alérgicas)"

La "Tabla de Orientación para la Gestión de la Vida Escolar" fue promovida en marzo de 2008, cuando La Asociación de Salud Escolar de Japón proporciona las "Pautas para las enfermedades alérgicas escolares" bajo la supervisión del Ministerio de Educación, Cultura, Deportes, Ciencia y Tecnología. Departamento de Deportes y Juventud, División de Educación de Salud Escolar.

En la ciudad de Tochigi, con el fin de hacer que la vida escolar de los niños con enfermedades alérgicas sea más segura, de acuerdo con las "Pautas para las enfermedades alérgicas escolares", los niños que requieren atención deberán presentar todos los años "La tabla de orientación de gestión de la vida escolar (Para enfermedades alérgicas)"

Pídale a su médico de cabecera que escriba la "Tabla de orientación para la gestión de la vida escolar" para comprender la información detallada de los estudiantes y llevar a cabo el manejo y la consideración apropiado.

Por lo tanto, consulte la hoja adjunta "Tabla de manejo de la vida escolar (para enfermedades alérgicas) ~para padres" después de comprenderlo, solicite a su médico que complete el formulario y envíelo de la siguiente manera. Gracias

1. Plazo para presentar: O/O/O ()

2. Lugar para presentar: Escuela O O

Alergias alimenticias

Queridos padres

Escuela primaria O O de la Ciudad de Tochigi

Los almuerzos escolares se llevan a cabo de acuerdo con la Ley de Almuerzos Escolares, proporcionando una dieta equilibrada, manteniendo y mejorando la salud, mejorando la posición corporal, aprendiendo hábitos alimenticios saludables y fomentando relaciones humanas favorables. Además, se implementa como parte de la educación, el desarrollo de la comprensión de la cultura alimenticia, la apreciación, la sociabilidad y las habilidades de autogestión. La escuela proporcionará alimentos no alérgicos en la medida de lo posible.

Las comidas no alérgicas no pueden implementarse sin la cooperación de la familia. Puede haber consultas sobre menús, pedimos su colaboración.

«Solicitudes para su implementación»

- ① Las comidas no alérgicas se implementarán para los niños que realizan el tratamiento de alergias alimenticias, preparando comidas en el hogar bajo la guía de un médico, a través de métodos tales como retirar el alimento ofensivo, con el consentimiento del tutor.
- ② Antes de poder atender las alergias, envíe la "Tabla de orientación para la gestión de la vida escolar" todos los años para comprender la situación. Además, si se determina que el niño está tomando alimentos que deben retirarse, después de realizar una entrevista, el alimento alérgico puede retirarse mediante un certificado médico.
- ③ Se le entregará el menú por adelantado, por favor confirme, selle la carta de consentimiento y regreñelo a la escuela. Si tiene alguna pregunta sobre el menú, contáctenos. El almuerzo será retirado y/o intercambiado en la medida de lo posible.
- ④ Si necesitase de ingredientes que son difíciles de obtener o platos especiales, será difícil para la escuela proporcionarlos, por favor lleve una caja de almuerzo.
- ⑤ Crearemos un archivo de soporte para cada persona, explicando documentos tales como tablas de orientación de gestión de la vida escolar y planes de soporte necesarios para las alergias alimenticias de los niños, nos haremos cargo durante los 9 años de escuela primaria y secundaria. Si la escuela secundaria superior lo solicita, continuaremos haciéndolo.

Formulário de Pesquisa de Alergia Alimentar

(Para exame de saúde no momento da

模式2

食物アレルギー調査票 (就学時健康診断用)

Nome da escola prevista _____ Creche・Instituição _____
 Nome do aluno _____ anterior _____
 sexo: masculino・feminino _____
 data do preenchimento: ano _____ mês _____ dia _____
 Nome do responsável _____

1 食物が原因と思われるアレルギーがありますか？ Tem alergia que parece ser causada por algum alimento?
 〇で困ってください。

ある 質問2へ
 TENHO seguir para a questão 2
 ない 質問は以上で終了です
 NÃO TEM → aqui termina o questionário

2 医師から食物アレルギーであるという診断を受けたことがありますか？ Já recebeu um diagnóstico de um médico de que você é alérgico aos alimentos?
 〇で困ってください。また、それはいつ頃でしたか？

A 診断を受けたことがある (歳頃) 質問3へ
 Recebi um diagnóstico Seguir a questão 3
 com (年 de idade) um diagnóstico
 I 診断は受けていない 質問4へ
 Não recebi Seguir a questão 4
 um diagnóstico

3 その時、原因食品の除去は指示されましたか？ Na época, você foi proibido consumir algum alimento?
 A 指示された(食品名) I 指示されていない
 Foi proibido, escrever os nomes dos alimentos Não foi especificado

3.4 現在の状況を〇で困ってください。Por favor circule a situação atual.
 A 現在も以下の食品について配慮をしている I No momento, não estamos preocupados
 (食品名) aqui termina o questionário
 alimentos Atualmente, estamos considerando os seguintes alimentos 質問は以上で終了です
 ↓ escrever os nomes dos alimentos

5 ご家庭ではどのように対処していますか？ Como você lida com as refeições em sua casa?

A 全く食べさせていない。 Não deixa comer de forma alguma
 I 加工食品等わずかに入っているものだけ食べさせている。 Come apenas alimentos processados contendo uma quantidade mínima
 U 体調の悪いときは食べさせていない。 Não deixo consumir quando não está bem fisicamente
 E その他()
 Outros ()

6 原因食品を食べることによって、どんな症状がでるか、具体的に記入ください。
 (一番最近の症状が出た時期も記入ください)
 Por favor, descreva que tipo de sintomas aparecerão, comendo alimentos.
 (Descreva também, quando surgiram os sintomas mais recentes)

※調査票の内容について、後日、連絡が行く場合がありますのでよろしくお願ひします。
 Pedimos sua compreensão, caso tenhamos que entrar em contato com o conteúdo do formulário desta pesquisa.

Formulário de Pesquisa de Alergia Alimentar

(para 6ª série) 参考資料9 模式2

食物アレルギー調査票 (小學校6年生用)

Nome da escola _____ série _____ classe _____
 Nome do aluno _____ sexo: masculino・feminino _____
 Nome do responsável _____ data do preenchimento: ano _____ mês _____ dia _____

1 食物が原因と思われるアレルギーがありますか？ Tem alergia que parece ser causada por algum alimento?
 〇で困ってください。

ある 質問2へ
 TENHO seguir para a questão 2
 ない 質問は以上で終了です
 NÃO TEM → aqui termina o questionário

2 医師から食物アレルギーであるという診断を受けたことがありますか？ Já recebeu um diagnóstico de um médico de que você é alérgico aos alimentos?
 〇で困ってください。また、それはいつ頃でしたか？

A 診断を受けたことがある (歳頃) 質問3へ
 Recebi um diagnóstico Seguir a questão 3
 com (年 de idade) um diagnóstico
 I 診断は受けていない 質問4へ
 Não recebi Seguir a questão 4
 um diagnóstico

3 その時、原因食品の除去は指示されましたか？ Na época, você foi proibido consumir algum alimento?
 A 指示された(食品名) I 指示されていない
 Foi proibido, escrever os nomes dos alimentos Não foi especificado

4 現在の状況を〇で困ってください。Por favor circule a situação atual.
 A 現在も以下の食品について配慮をしている I No momento, não estamos preocupados
 (食品名) aqui termina o questionário
 alimentos Atualmente, estamos considerando os seguintes alimentos 質問は以上で終了です
 ↓ escrever os nomes dos alimentos

5 ご家庭ではどのように対処していますか？ Como você lida com as refeições em sua casa?

A 全く食べさせていない。 Não deixa comer de forma alguma
 I 加工食品等わずかに入っているものだけ食べさせている。 Come apenas alimentos processados contendo uma quantidade mínima
 U 体調の悪いときは食べさせていない。 Não deixo consumir quando não está bem fisicamente
 E その他()
 Outros ()

6 原因食品を食べることによって、どんな症状がでるか、具体的に記入ください。
 (一番最近の症状が出た時期も記入ください)
 Por favor, descreva que tipo de sintomas aparecerão, comendo alimentos.
 (Descreva também, quando surgiram os sintomas mais recentes)

※調査票の内容について、後日、連絡が行く場合がありますのでよろしくお願ひします。
 Pedimos sua compreensão, caso tenhamos que entrar em contato com o conteúdo do formulário desta pesquisa.

※Se prosseguiu até esta questão, será necessário fazer uma consulta médica e levar a tabela chamada "Seikatsu Kanri Shidothyou".
 Com base no diagnóstico do médico,

参考資料 1 (在校生用 平成 26 年度から) ポルトガル語
Referência 1 (para alunos a partir do ano fiscal 26 (2014))

Heisei ano mês dia

Sr(s) pais ou responsáveis



Diretor da Escola Primária ○○ da Cidade de Tochigi

Pesquisa sobre a situação de crianças com alergia alimentar

A fim de compreender e lidar com informações precisas sobre a vida escolar e orientação da merenda escolar para as crianças (alunos), que atualmente apresentam alergia aos alimentos, pedimos que preencha a folha a parte "Pesquisa sobre alergia alimentar" e entregue ao professor da classe até o mês _____ dia _____ (_____ - feira).

CONTATO
Setor de merenda escolar
Responsável ○○
TEL. _____

参考資料 1 (小学 6 年生 平成 26 年度から)
Referência 1 (para alunos da 6ª série a partir do ano fiscal 26 (2014))

Heisei ano mês dia

Sr(s) pais ou responsáveis



Diretor da Escola Primária ○○ da Cidade de Tochigi

Pesquisa sobre a situação de crianças com alergia alimentar

A fim de compreender e lidar com informações precisas sobre a vida escolar e orientação da merenda escolar em escolas secundárias (chūgakkō), pedimos que preencha a folha a parte "Pesquisa sobre alergia alimentar" e entregue ao professor da classe até o mês _____ dia _____ (_____ - feira).

Porém, caso futuramente a criança apresente algum sintoma que pareça ser alergia aos alimentos, entre em contato com a escola.

CONTATO
Setor de merenda escolar
Responsável ○○
TEL. _____

Heisei ano _____ mês _____ dia _____

Sr(s) pais ou responsáveis

Sobre a entrega da "Tabela de supervisão da vida escolar (para doenças alérgicas)"

Para atender de maneira precisa e adequada às alergias alimentares na merenda escolar em nossa escola, são necessárias informações precisas da "Tabela de supervisão da vida escolar (para doenças alérgicas)".

A "Tabela de supervisão da vida escolar" foi publicada em março de 2008 pela "Associação de Saúde Escolar do Japão", sob a supervisão do Ministério da Educação, Cultura, Esporte, Ciência e Tecnologia e da Divisão de Educação em Saúde Escolar do departamento da Juventude.

Para tornar a vida escolar de crianças com doenças alérgicas mais tranquila e segura, com base no "Guia para doenças alérgicas nas escolas", todo ano é pedido a entrega da "Tabela de supervisão da vida escolar (para doenças alérgicas)", às crianças que precisam de atendimento na cidade de Tochigi.

O seu médico deverá preencher a "Tabela de supervisão da vida escolar" e assim, tendo em mãos informações detalhadas dos alunos, realizaremos uma supervisão adequada.

Assim sendo, consulte a folha a parte "Guia de uso da Tabela de supervisão da vida escolar (para doenças alérgicas)" para os Pais" e após a compreensão, peça ao seu médico para preencher e pedimos para enviar da seguinte maneira.

Nota

1. Prazo para envio: Heisei ano _____ mês _____ dia _____ (_____ - feira)

2. Enviar para a escola _____

CONTATO
Responsável ○ ○
TEL. _____

Sobre como lidamos com a alergia alimentar

Sr(s) pais ou responsáveis,

Diretor da Escola Primária _____ da cidade de Tochigi

O fornecimento da merenda escolar é realizada de acordo com a Lei de merenda escolar, e proporciona uma dieta de nutrição equilibrada, mantém e melhora da saúde, permite adquirir os hábitos alimentares desejados para a vida diária e promove relações humanas favoráveis. Além disso, é realizada como parte da educação, para a compreensão da cultura alimentar, senso de gratidão, sociabilidade e desenvolvimento de habilidades de autogestão. Na escola, do ponto de vista educacional, lidamos da melhor maneira possível com a alergia alimentar em alunos.

A implementação de alimentos alérgicos, não pode ser realizada sem a cooperação da família. Temos algumas consultas sobre o menu, por isso, pedimos a colaboração.

«Pedidos para realizar a implementação»

- ① As refeições alérgicas serão implementadas para crianças que realizam refeições em casa, sob a orientação de um médico para o tratamento de alergias alimentares, removendo os alimentos causais, etc., com base no consentimento dos pais ou responsáveis.
- ② Antes de realizar uma refeição alérgica, envie a "Tabela de supervisão da vida escolar" todos os anos para entender a situação. Além disso, se for determinado que a criança está ingerindo alimentos que devem ser removidos, pode ser feita uma entrevista e a dieta alérgica pode ser cancelada por um atestado médico.
- ③ Verificar o menu que entregaremos com antecedência, confirmar, corrigindo o formulário de consentimento e devolvendo à escola. Caso tenha alguma dúvida sobre o menu, entre em contato conosco. A refeição será alterada ou removida na medida do possível.
- ④ Se for preciso ingredientes ou pratos especiais, difíceis de se obter, por favor, traga sua própria marmitta, pois será difícil de lidar na escola.
- ⑤ Criaremos um arquivo de suporte para cada criança, como documentos e planos de apoio, a tabela de instruções de gerenciamento da vida escolar necessários para lidar com a alergia alimentar das crianças e assumiremos por nove anos do ensino fundamental. Se solicitado pelo ensino médio, será assumido a partir de então.

エピペン®処方時の確認について

主治医様

栃木市立

学校長

下記の点につきまして、今後の学校生活において緊急時に重要な事項となりますので、ご記入のほどよろしくお願いいたします。

エピペン®が処方され、保護者から学校へ申し出があった児童生徒につきましては、この確認書を基に学校でも、使用方法の確認を本人及び保護者に行い、緊急時に備えたいと思います。

児童名	年 組 氏名
処方した医療機関	医療機関名 医師氏名 印
処方した日	令和 年 月 日 (本数 本)
医師からの食物アレルギー原因となる食品についての説明	本人へ (実施した 実施していない) 保護者へ (実施した 実施していない) 説明を受けたのは：母親・父親・その他 ()
医師からの食物アレルギー症状についての説明	本人へ (実施した 実施していない) 保護者へ (実施した 実施していない) 説明を受けたのは：母親・父親・その他 ()
医師からの食物アレルギー発症時エピペン®を使用しなければならない症状の説明	本人へ (実施した 実施していない) 保護者へ (実施した 実施していない) 説明を受けたのは：母親・父親・その他 ()
練習用エピペン®トレーナー等によるトレーニングの実施	本人へ (実施した 実施していない) 保護者へ (実施した 実施していない) トレーニングを受けたのは：母親・父親・その他 ()
緊急時のエピペン®使用についての課題の有無	() 特にな () 年に2～3度程度確認が必要 () 年に1度、管理指導票の提出時などに確認が必要 () その他 { }
学校への連絡や注意事項	

食物アレルギーおよびエピペン®の確認について (本人・保護者用)

理解良好・実施可能と判断できたら「レ」、要指導「▲」、医療機関確認必要「◎」

児童生徒氏名									
アレルギーとなる食品									
エピペン®処方日	令和	年	月	日	医療機関名 ()				
クラス	—	—	—	—	—	—	—	—	—
確認事項/確認実施年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
確認対象	本人 保護者	本人 保護者	本人 保護者	本人 保護者	本人 保護者	本人 保護者	本人 保護者	本人 保護者	本人 保護者
食品及び誤食した場合に出る可能性のある症状を理解している									
原因物質を含む食品を、給食や調理実習、校外学習で食べないことを理解している									
校外学習・調理実習等で食べ物の交換をしないことを理解している									
誤食した場合や、給食中・後に体調が変化した場合、すぐに先生や友達伝えることを理解している									
どのような場合にエピペン®を使用するか理解している									
エピペン®の使い方について理解している (トレーナーで確認)									
緊急時は周囲の大人の判断でエピペン®使用を半介助または全実施することを理解している									
確認実施者印									
校長印									
担任・養護教諭印									

エピペン®処方時の確認について

保護者様

栃木市立 学校長

下記の点につきまして、今後の学校生活において緊急時に重要な事項となりますので、ご記入のほどよろしくお願いいたします。

エピペン®が処方され、保護者から学校へ申し出があった児童生徒につきましては、この確認書を基に学校でも、使用方法の確認を本人及び保護者に行い、緊急時に備えたいと思います。

児童生徒名	年 組 氏名
処方した医療機関	医療機関名 医師氏名
処方された日	令和 年 月 日
医師からの食物アレルギー原因となる食品についての説明	本人へ (実施した 実施していない) 保護者へ (実施した 実施していない) 説明を受けたのは：母親・父親・その他 ()
医師からの食物アレルギー症状についての説明	本人へ (実施した 実施していない) 保護者へ (実施した 実施していない) 説明を受けたのは：母親・父親・その他 ()
医師からの食物アレルギー発症時エピペンを使用しなければならぬ症状の説明	本人へ (実施した 実施していない) 保護者へ (実施した 実施していない) 説明を受けたのは：母親・父親・その他 ()
練習用エピペン®トレナー等によるトレーニングの実施	本人へ (実施した 実施していない) 保護者へ (実施した 実施していない) トレーニングを受けたのは：母親・父親・その他 ()
緊急時のエピペン®使用についての課題の有無	() 特にない () 年に2～3度程度確認が必要 () 年に1度、管理指導票の提出時などに確認が必要 () その他 { }
学校への連絡や注意事項	

栃木市の学校給食における 食物アレルギー対応について



栃木市教育委員会事務局
保健給食課 (R5.8改訂)

平成27年3月文部科学省より、「学校給食における食物アレルギー対応指針」が示されました。この指針では学校給食における食物アレルギー対応の目標を「アレルギーを有する児童生徒においても、給食時間を安全に、かつ楽しんで過ごすことができる」としています。
栃木市では、この指針に準じ、安全な学校給食提供のための市としての対応の検討を重ね、学校給食における食物アレルギー対応を行っています。

学校給食における食物アレルギー対応指針に示されている原則！

- 食物アレルギーを有する児童生徒にも給食を提供する。そのためにも安全性を最優先とする。
- 「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」に基づき、医師の診断による「学校生活管理指導表」の提出を必須とする。
- 安全性確保のため、原因食物の完全除去対応（提供するかないか）を原則とする。
- 学校及び調理場の施設設備、人員等を鑑み無理な（過度に複雑な）対応は行わない。

抜粋



安全性を最優先とした栃木市の対応

●学校生活管理指導表の提出必須●

医師の正しい診断に基づき、必要最低限の除去を行うため、学校生活管理指導表の提出を必須としています。
栃木市指定医療機関を受診する場合には、上限2,000円の助成を行っています。
「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン要約版」に準じて、学校における配慮や管理が必要な児童生徒は、毎年提出をお願いします。



●原因食物の完全除去対応とし、多段階対応は行わない●

学校給食における食物アレルギー対応では「最優先は“安全性”」であるとされています。従来の、栄養価の充足やおいしさ、彩り、そして保護者や児童生徒の希望は、安全性が十分に確保される方法で検討をします。

今までの食物アレルギー対応を牛乳・乳製品を例にして考えると、1)完全除去、2)少量可、3)加工食品可、4)牛乳を利用した料理可、5)飲用牛乳のみ停止などさまざまなレベルの対応がありました。これを多段階対応と呼んでいます。例えば乳アレルギーの場合…「飲用牛乳だけ飲めません。シチューは食べられます。パンは食べられます。」は多段階対応になります。学校給食ではアレルギーがなくなるまで、シチュー等の料理や脱脂粉乳が入っているパンも全部除去対象になります。

(例)乳アレルギーの場合	お家では…
学校給食では…	医師の指示のもと
完全除去	最低限の除去
シチュー × NG	シチュー × NG
パン × NG	パン OK

◆栃木市の学校給食で提供しない食品◆

そば・生卵・生魚・生肉・生山芋・落花生(ピーナッツ)・あわび・いくら・カシューナッツ・キウイフルーツ・まつたけ・くるみ・生魚卵

◆栃木市で食物アレルギー除去食・代替食対応する食品は12品目です◆

①卵 ②乳 ③えび ④かに ⑤いか ⑥オレンジ ⑦牛肉 ⑧さけ ⑨さば ⑩鶏肉 ⑪豚肉 ⑫ももの12品目です。

上記12品目以外の食品については、献立表を確認して、家庭で判断して代替食(弁当)の持参をお願いします。

※安全性の観点から、原因食品が間違いなく入っていることが分かる「表示義務のある特定原材料8品目」と「表示が推奨されている特定原材料に準ずるもの20品目」のうち調味料まで影響しない12品目としました。また、12品目の中でも調理場の状況により対応できない食品もあります。

●お弁当対応について●

下記の(ア) (イ)に該当する場合は、安全な給食提供は困難であり、お弁当対応の対象となります。

【学校給食における食物アレルギー対応指針より抜粋】

(ア) 極微量で反応が誘発される可能性がある等の場合

- a) 調味料・だし・添加物の除去が必要
- b) 加工食品の原材料の欄外表記(注意喚起表示)の表示がある場合についても除去指示がある
- c) 多品目の食物除去が必要
- d) 食器や調理器具の共用ができない
- e) 油の共用ができない
- f) その他、上記に類似した学校給食で対応が困難と考えられる状況

(イ) 施設の整備状況や人員等の体制が整っていない場合

※a)～f)に該当する場合、主治医にそこまでの対応が必要であるか改めて確認することが望まれます。

「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」に○が付いたらお弁当対応の対象になります。同じラインや工場で作られた食材について除去の希望がある場合も、お弁当対応の考慮対象になります。

学校生活上の留意点	
① 給食	1. 除去不能 2. 摂取必須
② 食器・食料を扱う容器・調理	1. 除去不能 2. 摂取必須
③ 運動(体育・部活動等)	1. 除去不能 2. 摂取必須
④ 宿泊を伴う校外活動	1. 除去不能 2. 摂取必須
⑤ 原因食物を除去する機会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、お弁当対応が前提となる場合があります。
※ 原因食物	卵 卵白・卵黄
	牛乳 生乳・乳油または乳白
	小麦 小麦粉・胚芽・抽出
	大豆 大豆油・醤油・味噌
	ゴマ ゴマ油
	魚介 かつお節・いりこだし・魚骨
	卵黄 生乳
⑥ その他の配慮・管理事項(自由記述)	

★学校給食における食物アレルギー対応全体の安全性の向上を 目的としていますのでご了承ください。

★その他の詳細な事項については、各調理場の食物アレルギー対応委員会で決定いたします。

食物アレルギーサポートプラン

年 組 氏名

(年 月 日現在)

(生活管理指導表記入年月日 年 月 日)

★原因食品

<ul style="list-style-type: none"> ・

★症状

<ul style="list-style-type: none"> ・

★学校に持参する薬

保管場所	薬品名

★学校給食における対応

<ul style="list-style-type: none"> ・

★給食時の対応 (学級)

<ul style="list-style-type: none"> ・ ・ ・

★医師の指示事項

<ul style="list-style-type: none"> ・

※その他

- ・
- ・

食物アレルギーサポートプラン（例）

年 組 氏名

（ 年 月 日現在）

（生活管理指導表記入年月日 年 月 日）

★原因食品

- ・卵・乳
- ・小麦＋運動

★症状

- ・目の充血・まぶたの腫れ・じんましん・咳きこみ・全身のかゆみ・下痢

★学校に持参する薬

保管場所	薬品名
職員室の クーラーボックス	エピネフリン製剤・セレスタミン錠・エピペン®
保健室	

★学校給食における対応

- ・牛乳停止（毎日）
- ・卵・乳は完全除去

★給食時の対応（学級）

- ・給食当番→自分の白衣等準備

★医師の指示事項

- ・激しい運動をするときは小麦を除くこと

※その他

- ・保健室の外部薬は使用してよい
- ・小麦を摂取した場合、その後2時間以内は激しい運動は控える。特に体調が悪いときは運動中止。

検食の際の確認事項

1 検食の開始時間

児童生徒の摂食開始時間 30 分前までに検食すること。

2 検食前の確認

アレルギー対応児童生徒がいるか確認すること。

提供された給食にアレルギー原因物質があるか確認すること。

アレルギー対応児童生徒に提供する給食にアレルギー原因物質が入った給食を提供していないか「学校給食献立予定と提供チェック票」を確認すること。

パッケージなどに記載されたアレルギー成分がアレルギー対応児童生徒に提供できるものか確認すること。

→異常があった場合は、栄養士に連絡すること。

3 検食時の確認

異物が混入していないか確認すること。

加熱・冷却処理が適正に行われているか確認すること。

給食に異味、異臭がないか確認すること。

一食分の量が適切か確認すること

味付け、香り、色彩、形態が適切か確認すること。

提供してはいけないアレルギー原因物質が混入していないか確認すること。

→異常があった場合は、給食を中止すること。

4 検食後の確認

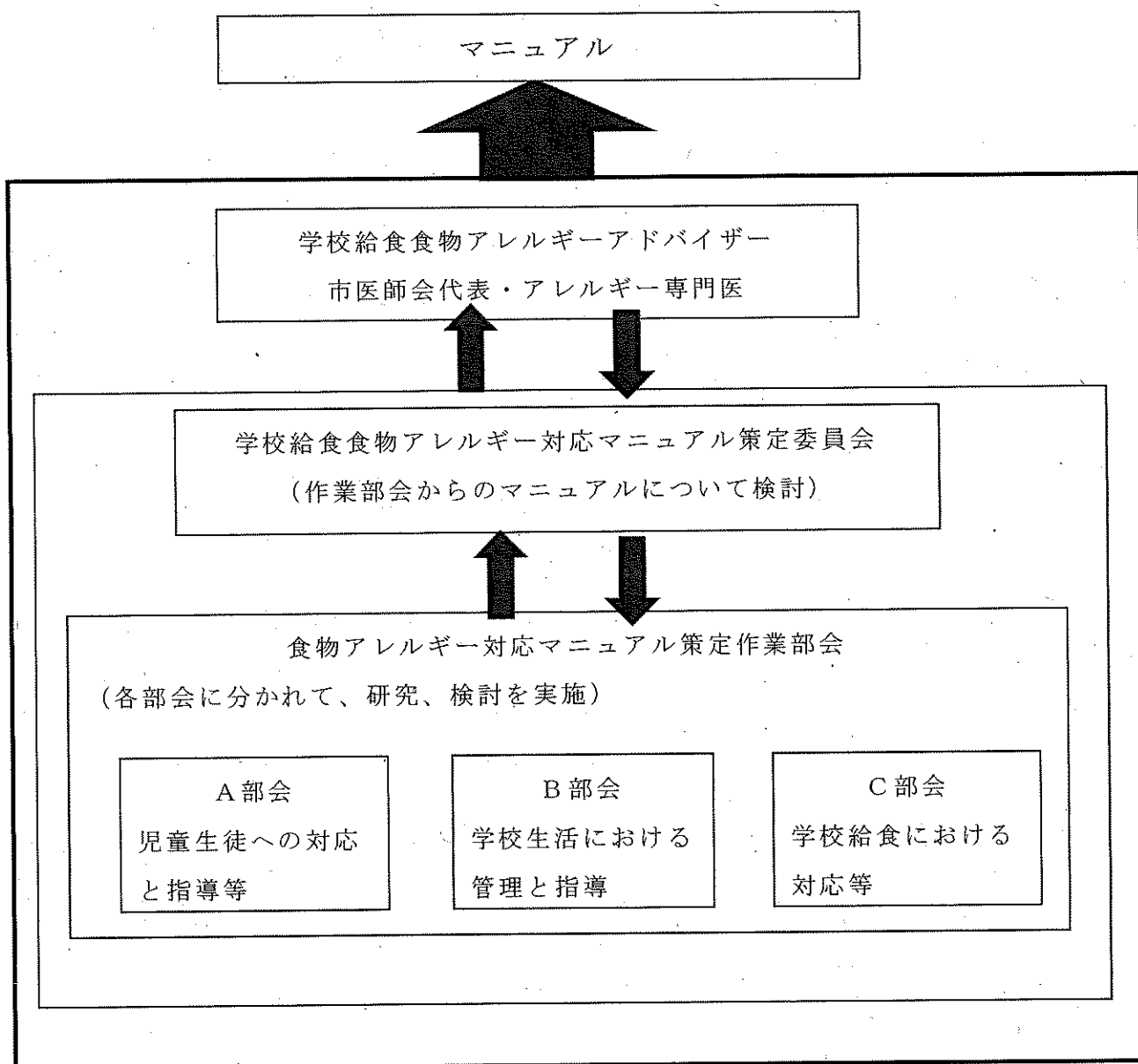
検食時間、検食者の意見等検食結果を記録すること。

※検食責任者が不在又は体調不良等の場合は、代理者が実施してください。

学校給食における食物アレルギー対応マニュアルの策定と経過・運用について

1 策定組織

「学校給食における食物アレルギー対応マニュアル」については、以下の組織により策定を行った。



2 策定経過

月日	委員会等	内容
平成25年5月13日	第1回策定委員会	・委員の委嘱 ・本市の食物アレルギー概要説明
平成25年5月20日	第1回作業部会	・(案)の作成
平成25年5月28日	第2回策定委員会	・作業部会からの(案)の提示、検討
平成25年6月3日	第2回作業部会	・策定委員会からの意見を踏まえ検討
平成25年6月14日	第3回作業部会	
平成25年6月24日	定例教育委員会研究会	・策定経過の報告、検討
平成25年6月25日	第3回策定委員会	・作業部会からの(案)の提示、検討

3 マニュアル運用の流れ

月日	会議等内容		担当へ説明
平成25年7月22日	定例教育委員会へ協議	策定委員会へ意見照会	養護教諭
	アドバイザーの監修		栄養士
平成25年8月8日	庁議		給食主任
	教育長決裁		/
平成25年8月19日	正副議長説明		
平成25年8月23日	定例記者会見		
平成25年9月3日	校長会(完成したマニュアル提示)		
	就学時健康診断よりマニュアル使用開始		

4 栃木市学校給食食物アレルギー対応調整会議における改正の協議経緯

月日	会議等
平成27年6月25日	平成27年度第1回栃木市学校給食食物アレルギー対応調整会議
平成27年7月15日	学校給食における食物アレルギー対応マニュアル 一部改正
平成28年3月3日	平成27年度第2回栃木市学校給食食物アレルギー対応調整会議
平成28年6月9日	平成28年度第1回栃木市学校給食食物アレルギー対応調整会議
平成28年7月15日	学校給食における食物アレルギー対応マニュアル 一部改正

学校給食食物アレルギー対応マニュアル策定委員会 委員名簿

【委員会】

	役職	所属		氏名
1	委員長	教育部長		牧田 淳
2	副委員長	学校教育課主幹		金子 榮三
3	委員	県南健康福祉センター	健康対策課栄養難病担当副主幹	横山 由美子
4	委員	小学校長	吹上小学校校長	石崎 安子
5	委員	中学校長	藤岡第一中学校校長	鈴木 久一
6	委員	給食主任	栃木第五小学校教諭	平間 富美子
7	委員	養護教諭	三鴨小学校養護教諭	川南 直美
8	委員	栄養教諭	栃木中央小学校栄養教諭	伊東 美華
9	委員	保護者	合戦場小学校保護者	柏 裕美

学校給食食物アレルギーアドバイザー名簿

	所 属		氏 名
1	栃木市医師会	桜井こどもクリニック	櫻井 賢司
2	食物アレルギー専門医	獨協医科大学医学部 小児科 准教授	吉原 重美

【事務局】

1	学校教育課保健給食担当副主幹兼学校給食チームリーダー	猿山 幸子
2	学校教育課保健給食担当副主幹兼指導主事	中田 智子
3	学校教育課保健給食担当主事	金子 充孝
4	学校教育課保健給食担当管理栄養士	高際 優雅

学校給食食物アレルギー対応マニュアル策定委員会 作業部会名簿

	役職	所属		氏名	部会	策定委員
1	部会長	学校教育課 主幹		金子 榮三	総括	○
2	副部会長	学校教育課保健給食担当副主幹兼学校給食チームリーダー		猿山 幸子	C	
3	部員	給食主任	栃木第五小学校給食主任	平間 富美子	A	○
4	部員	給食主任	合戦場小学校給食主任	羽山 加代子	A	
5	部員	給食主任	皆川中学校給食主任	廣瀬 敦子	A	
6	部員	養護教諭	栃木第三小学校養護教諭	高久 尚子	B	
7	部員	養護教諭	三鴨小学校養護教諭	川南 直美	B	○
8	部員	養護教諭	寺尾中学校養護教諭	江口 裕美	B	
9	部員	栄養教諭	栃木中央小学校栄養教諭	伊東 美華	C	○
10	部員	栄養教諭	西方小学校栄養教諭	富田 佳以	C	
11	部員	栄養教諭	大平中学校栄養教諭	鈴木 麻子	C	
12	部員	保育課保育担当保育推進チーム主査		氏家 美穂	B	
13	部員	学校教育課学校教育担当課長補佐兼指導主事		平野 宗	A	
14	部員	学校教育課保健給食担当課長補佐兼学校保健チームリーダー		大嶋 弘子	B	
15	部員	学校教育課保健給食担当副主幹兼指導主事		中田 智子	B	
16	部員	学校教育課保健給食担当主事		金子 充孝	C	
17	部員	学校教育課保健給食担当管理栄養士		高際 優雅	C	
18	部員	学校教育課保健給食担当主事		羽山 理子	B	

部会について

部会	主な調査研究分担内容	主な担当者
総括	全体の総括	学校教育課保健給食担当主幹
A部会	児童生徒への対応と指導、 保護者への対応等	給食主任・ 学校教育課指導主事
B部会	学校生活における管理と指導・ 緊急時の対応・保育園・幼稚園との連携等	養護教諭・ 学校教育課保健給食担当
C部会	学校給食における対応等	栄養教諭・ 学校教育課保健給食担当

平成27年度栃木市学校給食食物アレルギー対応調整会議 参加者名簿

【参加者】

平成27年7月一部改正時

番号	氏名	所属		構成
1	吉原 重美	獨協医科大学小児科	准教授	食物アレルギー専門医 食物アレルギー対応アドバイザー
2	櫻井 賢司	櫻井こどもクリニック	院長	栃木市医師会から選出された者 食物アレルギー対応アドバイザー
3	中野 康子	寺尾小学校	校長	校長会から選出された者
4	青木 稔憲	大平南中学校	校長	
5	小林 佳代子	岩舟小学校	養護教諭	養護教諭を代表する者
6	鈴木 優希	栃木第三小学校	学校栄養士	栄養教諭を代表する者
7	鈴木 麻子	大平中学校	栄養教諭	
8	小林 澄江	千塚小学校	給食主任	給食主任を代表する者
9	中村 聡	栃木市消防本部 警防課救急管理係	副主幹兼 救急管理係長	栃木市消防本部の職員
	須藤 淳一	栃木市消防本部 消防第2課救急係	救急係長	
10	池内 寛子 (代理)若林奈々恵	県南健康福祉センター 健康対策課 栄養難病担当	主任	県南健康福祉センターの職員
11	柏 裕美	都賀中学校	保護者	食物アレルギーを有する児童生徒の保護者
12	猪鹿倉 愛	保育課	管理栄養士	その他教育委員会が必要と認める者
13	竹内 美恵子	こども課	主任	
14	若林 孝幸	学校教育課保健給食担当	主幹	学校教育課の職員

【事務局】

番号	氏名	所属		構成
1	手塚 宏夫	学校教育課保健給食担当	課長補佐兼 学校給食TL	学校教育課の職員
2	西丸 美恵子		係長兼 学校保健TL	
3	中島 茂晴		副主幹	
4	中田 智子		副主幹兼指 導主事	
5	高際 優雅		管理栄養士	

平成28年度栃木市学校給食食物アレルギー対応調整会議 参加者名簿

【参加者】

平成28年7月一部改正時

番号	氏名	所属		構成
1	吉原 重美	獨協医科大学小児科	准教授	食物アレルギー専門医 食物アレルギー対応アドバイザー
2	櫻井 賢司	櫻井こどもクリニック	院長	栃木市医師会から選出されたもの 食物アレルギー対応アドバイザー
3	中野 康子	寺尾小学校	校長	校長会から選出された者
4	青木 千津子	大平南中学校	校長	
5	中村 乃里代	栃木中央小学校	養護教諭	養護教諭を代表する者
6	関口 由美	国府北小学校	主任	栄養教諭を代表するもの
7	鈴木 麻子	大平中学校	栄養教諭	
8	後藤 麻樹	大宮北小学校	教諭	給食主任を代表する者
9	中村 聡	栃木市消防本部警防課 救急管理	係長	栃木市消防本部の職員
10	関口 昌代	県南健康福祉センター地域保健部 健康対策課栄養難病担当	副主幹	県南健康福祉センターの職員
11	横山 雅信	小野寺南小学校	保護者	食物アレルギーを有する児童生徒の保護者
12	猪鹿倉 愛	保育課	管理栄養士	その他教育委員会が必要と認める者
13	竹内 美恵子	子育て支援課	主任	
14	中田 勉	保健給食課	課長	保健給食課の職員
15	手塚 宏夫		課長補佐兼学 校給食係長	
16	毛塚 加奈子		課長補佐兼 学校保健係長	

【事務局】

番号	氏名	所属		構成
1	中島 茂晴	保健給食課	副主幹	保健給食課の職員
2	中田 智子		副主幹兼 指導主事	
3	高際 優雅		管理栄養士	

平成29年度栃木市学校給食食物アレルギー対応調整会議 参加者名簿

【参加者】

平成29年7月一部改正時

番号	氏名	所属		構成
1	吉原 重美	獨協医科大学小児科	主任教授	食物アレルギー専門医 食物アレルギー対応アドバイザー
2	櫻井 賢司	桜井こどもクリニック	院長	栃木市医師会から選出されたもの 食物アレルギー対応アドバイザー
3	中野 康子	寺尾小学校	校長	校長会から選出された者
4	青木 千津子	大平南中学校	校長	
5	高久 尚子	栃木第三小学校	養護教諭	養護教諭を代表する者
6	川野 早央里	千塚小学校	学校栄養士	栄養教諭を代表するもの
7	関口 由美	国府北小学校	主任	
8	廣瀬 敦子	皆川中学校	給食主任	給食主任を代表する者
9	出井 潔	栃木市消防本部警防課 救急管理	副主幹	栃木市消防本部の職員
10	関口 昌代	県南健康福祉センター地域保健部 健康対策課栄養難病担当	副主幹	県南健康福祉センターの職員
11	中島 豊和	大平中学校	保護者	食物アレルギーを有する児童生徒の保護者
12	氏家 美穂	保育課	主査	その他教育委員会が必要と認める者
13	須賀 彩奈江	子育て支援課	主事	
14	中田 勉	保健給食課	課長	保健給食課の職員
15	手塚 宏夫		主幹兼学校給食係長	
16	毛塚 加奈子		課長補佐兼学校保健係長	

【事務局】

番号	氏名	所属		構成
1	中田 智子	保健給食課	副主幹兼 指導主事	保健給食課の職員
2	寺内 晴子		係長	
3	吉田 貴洋		主査	

平成30年度栃木市学校給食食物アレルギー対応調整会議 参加者名簿

【参加者】

平成30年7月一部改正時

番号	氏名	所属	職名	構成
1	吉原 重美	獨協医科大学	小児科主任教授	食物アレルギー専門医 食物アレルギー対応アドバイザー
2	櫻井 賢司	桜井こどもクリニック	院長	栃木市医師会から選出されたもの 食物アレルギー対応アドバイザー
3	玉田 浩	栃木中央小学校	校長	校長会から選出された者
4	青木 稔憲	東陽中学校	校長	
5	柳田 典子	東陽中学校	養護教諭	養護教諭を代表する者
6	梅山 知子	大宮北小学校	主任	栄養教諭を代表するもの
7	高際 優雅	西方小学校	学校栄養士	
8	小林 澄江	千塚小学校	給食主任	給食主任を代表する者
9	片山 一博	栃木市消防本部	警防課救急管理係長	栃木市消防本部の職員
10	小島 礼枝	県南健康福祉センター	地域保健部健康対策課栄養難病担当主任	県南健康福祉センターの職員
11	中島 豊和	大平中学校	保護者	保護者代表
12	氏家 美穂	保育課	主査	その他教育委員会が必要と認める者
13	竹内 美恵子	子育て支援課	主任	
14	藤平 恵市	保健給食課	課長	保健給食課の職員

【事務局】

番号	氏名	所属	構成
1	毛塚 加奈子	保健給食課	学校保健係長
2	寺内 晴子		学校給食係長
3	中田 智子		指導主事
4	吉田 貴洋		主査
5	手塚 裕美		管理栄養士
			保健給食課の職員

平成30年度栃木市学校給食食物アレルギー対応調整会議 参加者名簿

【参加者】

平成31年3月一部改正時

番号	氏名	所属	職名	構成
1	吉原 重美	獨協医科大学	小児科主任教授	食物アレルギー専門医 食物アレルギー対応アドバイザー
2	櫻井 賢司	桜井こどもクリニック	院長	栃木市医師会から選出されたもの 食物アレルギー対応アドバイザー
3	玉田 浩	栃木中央小学校	校長	校長会から選出された者
4	青木 稔憲	東陽中学校	校長	
5	柳田 典子	東陽中学校	養護教諭	養護教諭を代表する者
6	梅山 知子	大宮北小学校	主任	栄養教諭を代表するもの
7	高際 優雅	西方小学校	学校栄養士	
8	小林 澄江	千塚小学校	給食主任	給食主任を代表する者
9	渡辺 浩昭	栃木市消防本部	警防課救急管理係 主査	栃木市消防本部の職員
10	小島 礼枝	県南健康福祉センター	地域保健部健康対 策課栄養難病担当 主任	県南健康福祉センターの職員
11	中島 豊和	大平中学校	保護者	保護者代表
12	氏家 美穂	保育課	主査	その他教育委員会が必要と認める者
13	竹内 美恵子	子育て支援課	主任	
14	藤平 恵市	保健給食課	課長	保健給食課の職員

【事務局】

番号	氏名	所属		構成
1	毛塚 加奈子	保健給食課	学校保健係長	保健給食課の職員
2	寺内 晴子		学校給食係長	
3	中田 智子		指導主事	
4	吉田 貴洋		主査	
5	手塚 裕美		管理栄養士	

令和2年度栃木市学校給食食物アレルギー対応調整会議 参加者名簿

【参加者】

令和2年8月一部改正時

番号	氏名	所属	職名	構成
1	吉原 重美	獨協医科大学	小児科学教授 副院長	食物アレルギー専門医 食物アレルギー対応アドバイザー
2	櫻井 賢司	桜井こどもクリニック	院長	下都賀郡市医師会から選出された者 食物アレルギー対応アドバイザー
3	村井 一郎	大平西小学校	校長	校長会から選出された者
4	栗原 茂	藤岡第二中学校	校長	
5	岩船 千佐子	岩舟小学校	養護教諭	養護教諭を代表する者
6	中田 智子	大平中学校	栄養教諭	栄養教諭を代表するもの
7	山根 教子	都賀中学校	栄養教諭	
8	鈴木 香代子	西方小学校	給食主任	給食主任を代表する者
9	岩崎 哲也	栃木市消防本部	救急管理係長	栃木市消防本部の職員
10	小島 礼枝	県南健康福祉センター	栄養難病担当 主査	県南健康福祉センターの職員 (地域保健部健康対策課)
11	荒木 正孝	西方小学校	保護者	保護者代表 (栃木市PTA連合会)
12	川田 真央	保育課	管理栄養士	その他教育委員会が必要と認める者
13	田沼 好美	子育て支援課	主査	
14	五十畑 肇	保健給食課	課長	保健給食課の職員

【事務局】

番号	氏名	所属	職名	構成
1	大塚 千恵	保健給食課	学校保健係長	保健給食課の職員
2	吉田 貴洋		学校給食係長	
3	伊東 美華		指導主事	
4	菅沼 絵里		主査	
5	野坂 智美		管理栄養士	

令和3年度栃木市学校給食食物アレルギー対応調整会議 参加者名簿

【参加者】

令和3年7月一部改訂時

番号	氏名	所属	職名	構成
1	吉原 重美	獨協医科大学	小児科学教授 副院長	食物アレルギー専門医 食物アレルギー対応アドバイザー
2	櫻井 賢司	桜井こどもクリニック	院長	下都賀郡市医師会から選出された者 食物アレルギー対応アドバイザー
3	佐藤 雪江	栃木第四小学校	校長	校長会から選出された者
4	菊地 高夫	西方中学校	校長	
5	渡邊 典子	静和小学校	養護教諭	養護教諭を代表する者
6	栃木 晴美	栃木第四小学校	栄養教諭	栄養教諭を代表するもの
7	中田 智子	大平中学校	栄養教諭	
8	大高 央衣	合戦場小学校	給食主任	給食主任を代表する者
9	岩崎 哲也	栃木市消防本部警防課	救急管理係長	栃木市消防本部の職員
10	若林 奈々恵	県南健康福祉センター	栄養難病担当 主任	県南健康福祉センターの職員 (地域保健部 健康対策課)
11	横地 佑介	寺尾中学校PTA	保護者	食物アレルギーを有する児童生徒の 保護者代表(栃木市PTA連合会)
12	川田 真央	保育課	管理栄養士	その他教育委員会が必要と認める者
13	坂田 尚紀	子育て支援課	主任	
14	五十畑 肇	保健給食課	課長	保健給食課の職員

【事務局】

番号	氏名	所属	構成
1	大塚 千恵	保健給食課	保健給食課の職員
2	石塚 誠		
3	伊東 美華		
4	菅沼 絵里		
5	古川 展依		

令和4年度 栃木市学校給食食物アレルギー対応調整会議 参加者名簿

【参加者】

令和4年8月一部改訂時

	氏名	所属	職名	構成
1	吉原 重美	獨協医科大学病院	小児科学教授 副院長	食物アレルギー専門医 食物アレルギー対応アドバイザー
2	櫻井 賢司	桜井こどもクリニック	院長	下都賀郡市医師会から選出された者 食物アレルギー対応アドバイザー
3	佐藤 雪江	栃木第四小学校	校長	校長会から選出された者
4	大出 孝一	西方中学校	校長	
5	舩田 弘子	東陽中学校	養護教諭	養護教諭を代表する者
6	中田 智子	大平中学校	栄養教諭	栄養教諭を代表するもの
7	須藤 悦子	藤岡小学校	栄養教諭	
8	田村 真樹	栃木中央小学校	給食主任	給食主任を代表する者
9	赤羽 根一	消防本部警防課	救急管理係長	栃木市消防本部の職員
10	若林 奈々恵	県南健康福祉センター	栄養難病担当 主任	県南健康福祉センターの職員 (地域保健部 健康対策課)
11	片柳 誠	栃木第五小学校PTA	保護者	食物アレルギーを有する児童生徒の 保護者代表(栃木市PTA連合会)
12	村岡 優美	こども未来部 子育て支援課	主査	その他教育委員会が必要と認める者
13	川田 真央	こども未来部 保育課	主任	
14	五十畑 肇	教育委員会事務局 保健給食課	課長	保健給食課の職員

【事務局】

	氏名	所属	職名	構成
1	狐塚 由知	教育委員会事務局 保健給食課	学校保健係長	保健給食課の職員
2	金子 好宏	教育委員会事務局 保健給食課	学校給食係長	
3	伊東 美華	教育委員会事務局 保健給食課	指導主事	
4	菅沼 絵里	教育委員会事務局 保健給食課	主査	
5	古川 展依	教育委員会事務局 保健給食課	主査	

令和5年度 栃木市学校給食食物アレルギー対応調整会議 参加者名簿

令和5年8月一部改訂時

【参加者】

	氏名	所属	職名	構成
1	吉原重美	獨協医科大学医学部 小児科学	主任教授	食物アレルギー専門医 (栃木市食物アレルギー対応アドバイザー)
2	櫻井賢司	櫻井こどもクリニック	院長	下都賀郡市医師会から選出された者 (栃木市食物アレルギー対応アドバイザー)
3	金敷美由紀	国府北小学校	校長	校長会から選出された者
4	大出孝一	西方中学校	校長	
5	行平直美	岩舟中学校	養護教諭	養護教諭を代表する者
6	山根教子	大宮北小学校	栄養教諭	栄養教諭を代表する者
7	中田智子	大平中学校	栄養教諭	
8	黒川歩	赤麻小学校	教諭 (給食主任)	給食主任を代表する者
9	赤羽根一	栃木市消防本部 警防課救急管理係	救急管理係長	栃木市消防本部の職員
10	酒井優佳	栃木県南健康福祉センター 健康対策課 栄養難病担当	技師(管理栄養士)	県南健康福祉センターの職員
11	神戸英	小野寺小学校PTA (栃木市PTA連合会)	保護者	食物アレルギーを有する児童生徒の保護者
12	深澤謙吾	栃木市 こども未来部 子育て支援課 学童保育係	主査	その他教育委員会が必要と認める者
13	川田真央	栃木市 こども未来部 保育課 保育管理係	主任	
14	飯島彰	栃木市教育委員会事務局 保健給食課	課長	保健給食課の職員

【事務局】

	氏名	所属	職名	構成
1	狐塚由知	保健給食課 学校保健係	課長補佐兼 学校保健係長	栃木市教育委員会事務局 保健給食課の職員
2	金子好宏	保健給食課 学校給食係	課長補佐兼 学校給食係長	
3	伊東美華	保健給食課 学校給食係	指導主事	
4	古川展依	保健給食課 学校給食係	主査	
5	今野文裕	保健給食課 学校給食係	主事	

平成25年8月10日作成
平成27年7月15日一部改正
平成28年7月15日一部改正
平成29年7月14日一部改正
平成30年7月25日一部改正
平成31年3月27日一部改正
令和2年8月17日一部改正
令和3年7月15日一部改訂
令和4年8月10日一部改訂
令和5年8月10日一部改訂

