

第5章

アレルギー事故の報告と
情報共有について

第5章 アレルギー事故の報告と情報共有について

1 事故発生時の報告（学校・子供園）

文部科学省策定の「学校給食における食物アレルギー対応指針」に基づき、アレルギー事故が疑われる場合は、症状の程度にかかわらず、以下のとおり報告を行う。

また、アレルギー対応ホットラインを使用した場合は、学校・子供園は以下のとおり報告を行う。学童クラブ及び区立保育園は、ホットライン専用の報告書で報告する（別途通知）。

（1）学校・子供園からの第1報（電話による報告）

●報告先：学務課保健給食係 直通電話03-5307-0762

●報告内容：日時・場所・当事者名・保護者名・事故内容・現況等

「アレルギー事故聴き取りメモ（学務課控え）」に沿って報告する。

●注意事項：速やかに電話による第1報を行う。第1報は、状況がわかる職員が行う。

ヒヤリハット事例（事故に至っていない場合）や児童・生徒が下校後にアレルギー症状で医療機関を受診し保護者から連絡があった場合も含む。

（2）学校・子供園からの第2報（Star Office メール送信による報告）

●様式：「（様式2）事故情報の報告用メール送信票」

【格納先】校務PC Zドライブ/00-【学校使用】様式集/01 学校運営/03 児童生徒の事故

●報告先：①学務課保健給食係 ②教育人事・指導課学校問題対応支援係 ③庶務課

●注意事項：当日中に報告する。「アレルギー対応ホットライン」を使用した場合は、（様式2）の「6 対応措置」にホットラインを使用した旨を記載する。

（3）学校・子供園からの最終の事故報告（事故後1か月を目途に（様式3）を提出する。）

●様式：「（様式3）幼児・児童・生徒の事故報告書」を作成し、公印を押印する。

●送付先：教育人事・指導課 学校問題対応支援係の各学校担当指導主事宛に交換便で送付・提出する。

報告が必要なアレルギー事故とは

基本的には、すべての事故及びヒヤリハット事例は、状況や問題となった原因、改善方法について管理職に報告し、校長は教育委員会へ報告します。中でも次の場合は報告する。

ア. 学校給食及び家庭科などの授業で食べ物を喫食後に食物アレルギー症状又は食物アレルギーと思われる症状が発症した場合

イ. 給食調理ミスや配膳ミスなどにより、アレルギー対応食を提供できず、児童・生徒が喫食した場合 **※アレルギー症状出現の有無は問わない**

ただし、喫食しなかった場合でもヒヤリハット事例として報告する。

ウ. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー、運動誘発アナフィラキシーの場合又は疑われる場合
エ. 「学校生活管理指導表（食物アレルギー・アナフィラキシー用）」が提出されており、「学校生活上の留意点」で対応が必要にもかかわらず、その対応を行わずにアレルギー症状が発症した場合

オ. 上記1～4に該当しない場合でも、緊急性の高いアレルギー症状が発症した場合

(4) 給食調理上の事故の場合

給食調理上の事故の場合（以下「報告が必要なアレルギー事故とは」参照）は、何故事故が発生したかについて、学校給食運営上の詳細な情報を収集・検証するため、「学校給食の手引き」に示す「学校給食における事故報告書（様式 23）」を別途作成し、学務課保健給食係に報告する。

（参考）アレルギー事故と学校給食における事故の取り扱い

正しくアレルギー対応食が調理されず、児童・生徒に提供された場合は、提供された時点で「学校給食における事故」として取り扱う。

（例）えび、いかを除去すべきところ、えびを除去していないものを児童・生徒へ提供した。担任がえびの除去忘れに気付く、児童・生徒は喫食しなかった。

⇒アレルギー事故の分類では、「ヒヤリハット」事例

⇒児童・生徒に誤ったアレルギー対応食を提供した時点で、「学校給食における事故」として取り扱い、報告を行う。

※「学校給食の手引き」の「学校給食における事故報告書（様式 23）」を使用して、学務課保健給食係に報告する。

2 アレルギー事故一覧作成及び情報提供

- (1) 学務課は、報告を受けた事故について「アレルギー事故一覧」を作成し、学校へ情報共有する。
- (2) 報告後の調査等により、当初に報告を受けた内容について変更があった場合は、必要に応じて適宜更新する。
- (3) 「アレルギー事故一覧」は、アレルギー対応への注意喚起や各学校の事故防止策の強化に活用する目的で、学校長宛に Switch メールで発信するとともに、校務パソコン内のフォルダーに保存し、関係教職員が必要時に確認できるようにする。

【保存先】教育委員会（Z：）＜03-保健給食係_アレルギー対策関係＞アレルギー事故一覧

例示

令和〇年度 アレルギー事故一覧（参考例）

No	学 年	事故種別 発生日	原因食品 料理名 除去品目		状況	原因	対策(直後)	備 考
1	中 1 男	申請漏れ 食物依存性 運動誘発性 アナフィラキ シーショック 20〇〇/10/〇	原因 食品	牛乳 えび？	管理指導表と面談で牛乳を除去と していた生徒。給食後体育館で遊 んだ後に、気分不快を訴えて保健 室来室。顔・目の浮腫み、声が出 せない、血圧90／45と低下。救 急車要請。救急隊により酸素吸 入。搬送後、アドレナリン、ステロイ ド等使用して軽快。経過観察のた め1晩入院した。	新たなアレルギー原因食 品の申請もれ。 学校には申請が無かった が、保護者によると夏休み 頃からエビを食した後、ア レルギー症状が出ること があったとのこと。 運動誘発性食物アレルギー と診断される。	検査結果が出て、 医師より除去食品 の指示(管理指導 表)が出てから面 談。学校での対 応、家庭の協力に ついて確認。対応 が決まるまではお 弁当。	
			料理 名	エビピ ラフ				
			除去 品目	牛乳				

3 過去の事故事例から

【ケース 1】

小学1年生が初めての給食で、担任教諭のほか、1名の先生が応援に入り給食指導を行ったものの、まだ、給食の準備が上手にできない児童の指導に気を取られ、アレルギー対応食を正しく配膳できずに、誤食してしまった事故が発生した。

Point

新年度や新学期は、アレルギー事故が最も発生しやすい時期。特に、低学年の児童への対応は、注意が必要です。

【ケース 2】

4時限目の授業がプールで、担任教諭が給食指導に入るのが遅れてしまった。その間に、通常食の給食が配膳され、担任教諭がアレルギー対応食の確認をする前に、児童が喫食してしまい、誤食してしまった事故が発生した。

Point

4時限目の授業が、体育や専科の授業で、担任教諭が給食指導に入るのが遅れる場合に事故が発生しやすいので、注意が必要です。また、運動会などの行事の前も注意が必要です。

【ケース 3】

担任教諭が産休に入ったため、産休代替として補充された先生が給食指導を行ったが、アレルギー対応の取り組みについて引き継ぎがされていなかった。この状況のまま、アレルギー対応食を正しく配膳できずに、誤食してしまった事故が発生した。

Point

全ての教職員が、アレルギー対応の取り組みを熟知することが必要。特に、初めて、当該校に赴任した場合や年度途中から当該校に赴任した場合は、速やかにアレルギー対応の取り組みについて引き継ぎを受ける必要があります。

【ケース 4】

栄養職員が調理指示書にアレルギー対応食に関する記述をするはずが、失念してしまい、記載が漏れてしまった。調理職員も指示書にアレルギー対応の記載が無かったので、指示書通りに通常食を調理した。

教室には、アレルギー対応食が記載された一覧はあるが、担任教諭はアレルギー対応の食器とトレイがなかったので、「今日は、アレルギー対応がない」と思い、一覧を確認しないまま、児童に通常食を配膳してしまい、誤食してしまった事故が発生した。

Point 1

栄養職員は、調理指示書を作成する際には、必ず学校生活管理指導表やアレルギー対応一覧（様式 8－2）などを参照し、記載漏れや誤記を防ぐことが必要です。

Point 2

調理職員は、調理指示書の内容について目を通す中で、アレルギー対応が必要ないかどうかを確認し、記載漏れや誤記があった場合は、学校栄養士に伝えるなどの対応が必要です。

Point 3

給食指導を行う担任教諭などは、「今日は、アレルギー対応を行う日か」、「どの児童・生徒に、どのようなアレルギー対応食が提供されるのか」を配膳前に必ず書面で確認することが必要です。

Point 4

アレルギー事故を防止するためには、複数の目でチェックすることが必要です。毎日の様々な業務を行う中で、このチェック作業が形骸化し、アレルギー対応食を提供できずに、アレルギー事故が発生してしまうことがあります。そのため、アレルギー対応に関する意識を高く持ち続けること及びアレルギー対応を栄養職員、調理職員、担任教諭だけに任せるのではなく、学校全体で対応する体制作りが必要です。

【ケース 5】

小学2年生の給食で、アレルギー対応の児童が除去食を喫食した後に、おかわりを強く求め、担任教諭が、当該児童が除去食対応だったことを失念して、アレルギー物質の入った副菜を与えてしまい、当該児童も喫食したことから、事故に至った。

Point

当該児童のアレルギー原因物質を確認し、おかわりの要求があっても、アレルギー対応食のおかわりはないことを認識し、毅然と対応する。

複数の児童がおかわりを要求した時は、おかわりの対象となる食品にアレルギー物質が含まれているかどうか、学級内の児童全員と確認し、クラス全員で誤食を防止する。

「ヒヤリハット事例」

これまで、事故に至らなかった事例は、事故報告の対象としてこなかったが、「学校給食における食物アレルギー対応指針 平成27年3月文部科学省」に沿い、今後は、ありがたいヒヤリハット事例を共有することで、未然の事故防止につなげていくことが大切です。

次に、東京都教育庁が発行している「学校における食物アレルギー対応ヒヤリハット・ヒント事例集」から事例を紹介します。

【ヒヤリハット事例1】急な変更

！欠席連絡

アレルギーの児童が複数いるクラスで、対応が異なるアレルギー対応食を準備していたところ、給食時間の直前にA児童の欠席連絡を受けた調理職員がA児童の対応食を下げた。A児童の「食物アレルギー対応カード」を誤ってB児童のアレルギー対応食に貼った。担任教諭が、児童名が違うことに気づき誤提供を防ぐことができた。

Point

- ① 「食物アレルギー対応カード」貼付時は、複数の調理職員で確認する。
- ② 欠席時のアレルギー対応食の取扱いについてルール化する。

【ヒヤリハット事例2】ヒヤリハットがあった献立名・食品名の例

！ヒヤリハットがあった献立名・食品名の例

- ・シーザードレッシング（チーズが入っている）
- ・ロウペンタン（肉野菜スープ）
- ・ポンデケージョ（卵、チーズが入っているパン）
- ・シャーミー（干しエビの別名）
- ・ビスキュイパン（アーモンド、卵、バターが入っている）
- ・スルメ（「イカ」で確認したため、見落とした）
- ・がんもどき（ゴマ、ヒジキ等が入っていることが多い）

Point

- ①献立名は、一目でアレルギーの原因食物が含まれていることが分かるようにするか、補足説明を入れるなどの情報提供が必要です。
- ②食材名は一般的な名前でも、加工食品や調味料の場合、保護者が原因食物に気付かないこともあることを認識してきましょう。
- ③外国の料理や日本の各地域の郷土料理等を提供することは食文化の理解を深めるための給食の役割ですが、聞き慣れない料理名のことも多く、見ただけでは原因食物が推測できないことがあります。
このようなことから、あらかじめ保護者や担任教諭等関係職員に、具体的な内容を伝える必要があります。

【ヒヤリハットを予測し配慮した事例】

！食物依存性運動誘発アナフィラキシーを予測した配慮ポイント

- ①持久走や水泳のタイム計測等、負荷の高い運動を予定している授業については、給食前の3時限目、4時限目に設定するなど授業の時間帯を配慮している。
- ②登校後は、短時間の読書タイムを設定し、症状出現に即対応できるように担任教諭による観察時間を設けている。

様式その 1

保護者宛お願い文・保護者宛アンケート
学校生活管理指導表 記入の仕方等

アレルギー疾患健康調査・取り組みプラン

食物アレルギー面談記録票
食物アレルギー対応決定表
システム帳票等

除去解除申請書（一部解除・全部解除）
除去申請書（アレルギー疾患以外の疾患）

令和 年 月

令和 年度 新小学 1 年生の保護者 様

杉並区教育委員会

杉並区立学校におけるアレルギー疾患に対する 取り組みについてのお願い

杉並区立学校では、アレルギー疾患※1のあるお子さんが安心して学校生活を送ることができるように、学校・保護者・主治医が連携して支援する取り組みを行っています。

アレルギー疾患について医師による診断・治療（経過観察）を受け、すでにご家庭において管理を行っており、学校においても特別な配慮（アレルギー対応食の提供、運動・生活の制限、校外学習での配慮、服薬の支援等）が必要な場合には、以下の手順で入学予定先の小学校にご相談いただきますようご理解とご協力をお願いいたします。

なお、「学校生活管理指導表」の作成にあたり、令和 4 年 4 月 1 日以降、アナフィラキシーの既往歴がある患者又は食物アレルギーありの診断を受け、その診断根拠に「食物負荷試験陽性」又は「明らかな症状の既往」及び「IgE 抗体等検査結果陽性」に該当する患者において、情報提供料が保険適用となりました。保険適用とならない場合は、情報提供料（杉並区医師会会員の医療機関は 3,000 円以内）が発生する場合がありますので、保護者のご負担となることについてあらかじめご了承ください。

※1アレルギー疾患とは、次の6種類の病名の診断を受けたものをいいます。

- | | | |
|------------------|--------------|-------------|
| (1)アナフィラキシー※2の既往 | (2)食物アレルギー | (3)気管支ぜん息 |
| (4)アトピー性皮膚炎 | (5)アレルギー性結膜炎 | (6)アレルギー性鼻炎 |

※2アナフィラキシーとは、アレルギー反応により、皮膚症状（じんましん）、消化器症状（腹痛や嘔吐）、呼吸器症状（ゼーゼーという喘鳴や呼吸困難）が、複数同時にかつ急激に出現した状態をいいます。

- ＜手順1＞ 各学校の就学時健康診断等の際に、新小学 1 年生の保護者全員に「アレルギー疾患への対応に関するアンケート」を行います。
- ＜手順2＞ そのアンケートで、医師による診断を受け学校での配慮が必要と回答された方には、学校から「学校生活管理指導表」と「主治医宛お願い文／記入例」をお渡しします。「学校生活管理指導表」に入学予定の学校名とお子さんのお名前を記入した上で、医療機関を受診して主治医に記載を依頼してください。
合わせて、「アレルギー疾患（食物アレルギー）に関する健康調査・取り組みプラン」をお渡ししますので、保護者にご記入いただき、「学校生活管理指導表」と一緒に入学予定先の学校にご提出ください。
- ＜手順3＞ ご提出いただいた書類「学校生活管理指導表」と「アレルギー疾患（食物アレルギー）に関する健康調査・取り組みプラン」を基に、学校と保護者でお子さんの学校生活における配慮や管理方法について面談を行います。その上で、学校のアレルギー対応委員会において具体的な対応を決め、取り組みを実施します。

◎なお、学校での面談等、詳しくは入学予定の小学校に直接ご連絡ください。

令和 年 月

令和 年度 新小学 1 年生の保護者 様

杉並区教育委員会

アレルギー疾患への対応に関するアンケート

全員提出

日頃より、杉並区の教育活動にご理解いただきありがとうございます。区立学校では、アレルギー疾患について、学校生活においても医師の医学的診断に基づき特別な配慮や管理が必要な場合には 1 年に 1 回、医師記入の「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の提出をお願いしています。

入学されるお子さんの状況を把握するため、次のアンケートへご記入の上、入学先の学校へご提出ください。

なお、「学校生活管理指導表」の作成にあたり、令和 4 年 4 月 1 日以降、アナフィラキシーの既往歴がある患者又は食物アレルギーありの診断を受け、その診断根拠に「食物負荷試験陽性」又は「明らかな症状の既往」及び「IgE 抗体等検査結果陽性」に該当する患者において、情報提供料が保険適用となりました。保険適用とならない場合は、情報提供料（杉並区医師会会員の医療機関は 3,000 円以内）が発生する場合がありますので、保護者のご負担となることについてあらかじめご了承ください。

学校生活における特別な配慮や管理が必要と思われる者

- エピペン®注射を処方されている。 ●学校で服薬の必要がある。 ●除去食やアレルギー献立を希望する。
- 学習活動で制限すべきことや配慮すべきことがある。（運動制限、水泳、調理実習、クラブ活動等）
- アナフィラキシー※を起こす可能性がある。過去に起こしたことがある。
- アナフィラキシー※の診断でなくとも、消化器症状（腹痛や吐き気など）、呼吸器症状（ゼーゼーという喘鳴）を含む中等度以上のアレルギー反応を起こすことがある。

※アナフィラキシーとは、アレルギー反応により、皮膚症状（じんましん）、消化器症状（腹痛や嘔吐）、呼吸器症状（ゼーゼーという喘鳴や呼吸困難）が、複数同時にかつ急激に出現した状態をいいます。

切り取り

受付番号

アレルギー疾患への対応に関するアンケート

全員提出

就学時健康診断時記入の場合
ふりがな

お子さんのお名前 (男・女) 記入日 令和 年 月 日

質問 1 お子さんにはアレルギー疾患がありますか？ ①、②のいずれかに☑をつけてください。

- ☐ ①ない → アンケートはこれで終了です。
☐ ②ある → 質問 2 に進んでください。

質問 2 該当するアレルギー疾患に☑をつけてください。

- ☐ 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アレルギー性鼻炎
☐ ⑤食物アレルギー（原因食品）
☐ ⑥その他のアレルギー疾患（原因物質）

質問 3 アレルギーの対応について①、②のいずれかに☑をつけてください。

- ☐ ①アレルギー疾患による学校生活での特別な配慮や管理は必要ないと医師から診断を受けています。
☐ ②アレルギー疾患について、医師の指示のもと学校生活において特別な配慮や管理が必要です。
* ②に☑をつけた方は、アレルギー疾患への対応に関する面談を、入学先の学校で実施いたします。
面談に必要な書類「学校生活管理指導表」、「アレルギー疾患に関する健康調査・取り組みプラン」を学校からお渡ししますので、入学先の学校へご相談ください。

アンケートにご協力いただきありがとうございました。

令和 年度 新小学1年生の保護者 様

杉並区教育委員会

アレルギー疾患への対応に関するアンケート

全員提出

日頃より、杉並区の教育活動にご理解いただきありがとうございます。区立学校では、アレルギー疾患について、学校生活においても医師の医学的診断に基づき特別な配慮や管理が必要な場合には1年に1回、医師記入の「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の提出をお願いしています。

入学されるお子さんの状況を把握するため、次のアンケートにご記入の上、入学先の学校へご提出ください。

なお、「学校生活管理指導表」の作成にあたり、令和4年4月1日以降、アナフィラキシーの既往歴がある患者又は食物アレルギーありの診断を受け、その診断根拠に「食物負荷試験陽性」又は「明らかな症状の既往」及び「IgE抗体等検査結果陽性」に該当する患者において、情報提供料が保険適用となりました。保険適用とならない場合は、情報提供料（杉並区医師会会員の医療機関は3,000円以内）が発生する場合がありますので、保護者のご負担となることについてあらかじめご了承ください。

受付番号

アレルギー疾患への対応に関するアンケート

就学時健康診断時記入の場合

お子さんのお名前

ふりがな

(男・女) 記入日 令和 年 月 日

1 お子さんにはアレルギー疾患がありますか？ ①、②のいずれかに☑をつけてください。

- ☐ ①ない → アンケートはこれで終了です。
☐ ②ある → 2の質問に進んでください。

2 該当するアレルギー疾患に☑をつけてください。(複数可)

- ☐ 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アレルギー性鼻炎
☐ ⑤食物アレルギー（原因食品）
☐ ⑥その他のアレルギー疾患（原因物質）

3 質問「2」のアレルギー疾患の対応について①、②のいずれかに☑をつけてください。

- ☐ ①アレルギー疾患による学校生活での特別な配慮や管理は必要ないと医師から診断を受けています。
☐ ②アレルギー疾患について、医師の指示のもと学校生活において特別な配慮や管理が必要です。
※②に☑をつけた方は、アレルギー疾患への対応に関する面談を、入学先の学校で実施いたします。
面談に必要な書類「学校生活管理指導表」、「アレルギー疾患に関する健康調査・取り組みプラン」をお渡ししますので、入学先の学校へご相談ください。

学校生活における特別な配慮や管理が必要と思われる者

- エピペン®注射を処方されている。
- 学校で服薬の必要がある。
- 除去食やアレルギー献立を希望する。
- 学習活動で制限すべきことや配慮すべきことがある。(運動制限、水泳、調理実習、クラブ活動等)
- アナフィラキシー※を起こす可能性がある。過去に起こしたことがある。
- アナフィラキシー※の診断でなくとも、消化器症状(腹痛や吐き気など)、呼吸器症状(ゼーゼーという喘鳴)を含む中等度以上のアレルギー反応を起こすことがある。

※アナフィラキシーとは、アレルギー反応により、皮膚症状(じんましん)、消化器症状(腹痛や嘔吐)、呼吸器症状(ゼーゼーという喘鳴や呼吸困難)が、複数同時にかつ急激に出現した状態をいいます。

アンケートにご協力いただきありがとうございました。

入学説明会にご持参ください

令和 年 月

令和 年度 新中学 1 年生の保護者 様

杉並区教育委員会

アレルギー疾患への対応に関するアンケート

全員提出

日頃より、杉並区の教育活動にご協力いただきありがとうございます。区立学校では、アレルギー疾患について、学校生活においても医師の医学的診断に基づき特別な配慮や管理が必要な場合には年 1 回、医師記入の「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の提出をお願いしています。

つきましては、ご入学予定のお子さんの状況を把握するため、下記アンケートにご回答の上、中学校の入学説明会にご持参ください。入学説明会を欠席される場合は、中学校にご連絡の上、ご提出ください。特別な配慮や管理が必要な場合は、お早めに中学校へご連絡ください。

なお、「学校生活管理指導表」の作成にあたり、令和 4 年 4 月 1 日以降、アナフィラキシーの既往歴がある患者又は食物アレルギーありの診断を受け、その診断根拠に「食物負荷試験陽性」又は「明らかな症状の既往」及び「IgE 抗体等検査結果陽性」に該当する患者において、情報提供料が保険適用となりました。保険適用とならない場合は、情報提供料（杉並区医師会会員の医療機関は 3,000 円以内）が発生する場合がありますので、保護者のご負担となることについてあらかじめご了承ください。

記入日 令和 年 月 日

____ 小学校 6 年 ____ 組 ^{ふりがな} 児童氏名 _____ 保護者氏名 _____

学校での配慮や管理が必要な場合は、連絡先を記入してください。保護者連絡先 TEL: _____

1 お子さんにはアレルギー疾患がありますか？ ①、②のいずれかに☑をつけてください。

- ☐ ①ない → アンケートはこれで終了です。
☐ ②ある → 2 の質問に進んでください。

2 該当するアレルギー疾患に☑をつけてください。（複数可）

- ☐ 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アレルギー性鼻炎
☐ ⑤食物アレルギー（原因食品 _____）
☐ ⑥その他のアレルギー疾患（原因物質 _____）

3 質問「2」のアレルギー疾患の対応について①、②のいずれかに☑をつけてください。

- ☐ ①アレルギー疾患による学校生活での特別な配慮や管理は必要ないと医師から診断を受けています。
☐ ②アレルギー疾患について、医師の指示のもと学校生活において特別な配慮や管理が必要です。

→ ②の場合、「学校生活管理指導表」をお渡ししますので、主治医に記載を依頼してください。

合わせて、「アレルギー疾患（食物アレルギー）に関する健康調査・取り組みプラン」をお渡ししますのでご記入の上、主治医が記載した「学校生活管理指導表」とともに学校へご提出ください。

ご提出いただいた書類を基に、入学する中学校で、お子さんの学校生活におけるアレルギー疾患の対応（必要な配慮や管理の方法）について保護者と面談を行いますので、お早めにご連絡ください。

※必要書類は杉並区立学校共通です。必要な方は在籍中の区立小学校から受け取ることもできます。

学校生活における特別な配慮や管理が必要と思われる者

- エピペン®注射を処方されている。●学校で服薬の必要がある。●除去食やアレルギー献立（宿泊行事等）を希望する。
- 学習活動での制限や特別に配慮すべきことがある。（運動制限、水泳、調理実習、部活動等）
- アナフィラキシー※を起こす可能性がある。過去に起こしたことがある。
- アナフィラキシー※の診断でなくとも、消化器症状（腹痛や吐き気など）、呼吸器症状（ゼーゼーという喘鳴）を含む中等度以上のアレルギー反応を起こすことがある。

※アナフィラキシーとは、アレルギー反応により、皮膚症状（じんましん）、消化器症状（腹痛や嘔吐）、呼吸器症状（ゼーゼーという喘鳴や呼吸困難）が、複数同時にかつ急激に出現した状態をいいます。

アンケートにご協力いただきありがとうございました。

令和 年 月 日

在籍中の児童生徒の保護者 様

杉並区立 ○ ○ 学校
校長 ○ ○ ○ ○

アレルギー疾患への対応について（来年度に向けて）

日ごろより、杉並区の教育活動にご協力いただきありがとうございます。区立学校では、アレルギー疾患のお子さんが、安心して学校生活が送れるよう支援する取り組みを実施しています。

来年度に向けて、あらためて全校の児童生徒にアンケートを実施することはありませんが、下記のように取り組みを継続していきますので、ご協力をお願いいたします。

記

- 1 前回のアンケートの提出時点では、アレルギー疾患について学校での配慮や管理を必要としなかったお子さんで、それ以降にアレルギー疾患が発症、または増悪したため学校での特別な配慮や管理が必要な場合は、その旨を学校にお申し出ください。
- 2 お申し出があった場合は、「学校生活管理指導表」（以下「管理指導表」という）をお渡しします。医療機関を受診し、主治医と相談の上、記載を依頼してください。
なお、「学校生活管理指導表」の作成にあたり、令和 4 年 4 月 1 日以降、アナフィラキシーの既往歴がある患者又は食物アレルギーありの診断を受け、その診断根拠に「食物負荷試験陽性」又は「明らかな症状の既往」及び「IgE 抗体等検査結果陽性」に該当する患者において、情報提供料が保険適用となりました。保険適用とならない場合は、情報提供料（杉並区医師会会員の医療機関は 3,000 円以内）が発生する場合がありますので、保護者のご負担となることについてあらかじめご了承ください。
- 3 「管理指導表」に合わせて、「アレルギー疾患に関する健康調査・取り組みプラン」をお渡しします。保護者が記入し「管理指導表」とともに学校へ提出してください。
- 4 ご提出いただいた書類を基に、学校と保護者でお子さんの学校生活における配慮や管理の方法について面談を行います。その上で、学校のアレルギー対応委員会において具体的な対応を決め、取り組みを実施します。
- 5 現在「管理指導表」を提出して、学校でアレルギー疾患について対応をしている方には、新たに「管理指導表」をお渡しします。最新の状況について主治医に記載をしてもらい学校へ提出してください。
主治医と相談した結果、次年度において特別な配慮や管理がなくなった場合は、その旨を学校にお申し出ください。

（問い合わせ先）

〇〇〇〇

電話

令和 年 月 日

転入される児童生徒の保護者 様

杉並区教育委員会

杉並区立学校におけるアレルギー疾患に対する 取り組みについてのお願い

杉並区立学校では、アレルギー疾患※1のあるお子さんが安心して学校生活を送ることができるように、学校・保護者・主治医が連携して支援する取り組みを行っています。

アレルギー疾患について医師による診断・治療（経過観察）を受け、すでにご家庭において管理を行っており、学校においても特別な配慮（アレルギー対応食の提供、運動・生活の制限、校外学習での配慮、服薬の支援等）が必要な場合には、以下の手順で転入先の学校にご相談くださいますようお願いとご協力をお願いいたします。

なお、「学校生活管理指導表」の作成にあたり、令和4年4月1日以降、アナフィラキシーの既往歴がある患者又は食物アレルギーありの診断を受け、その診断根拠に「食物負荷試験陽性」又は「明らかな症状の既往」及び「IgE抗体等検査結果陽性」に該当する患者において、情報提供料が保険適用となりました。保険適用とならない場合は、情報提供料（杉並区医師会会員の医療機関は3,000円以内）が発生する場合がありますので、保護者のご負担となることについてあらかじめご了承ください。

※1アレルギー疾患とは、次の6種類の病名の診断を受けたものをいいます。

- | | | |
|------------------|--------------|-------------|
| (1)アナフィラキシー※2の既往 | (2)食物アレルギー | (3)気管支ぜん息 |
| (4)アトピー性皮膚炎 | (5)アレルギー性結膜炎 | (6)アレルギー性鼻炎 |

※2アナフィラキシーとは、アレルギー反応により、皮膚症状（じんましん）、消化器症状（腹痛や嘔吐）、呼吸器症状（ゼーゼーという喘鳴や呼吸困難）が、複数同時にかつ急激に出現した状態をいいます。

＜手順1＞ 各学校において、転入生の保護者全員に「アレルギー疾患への対応に関するアンケート」を行います。

＜手順2＞ そのアンケートで、医師による診断を受け学校で特別な配慮が必要と回答された方には、学校から「学校生活管理指導表」と「主治医宛お願い文／記入例」をお渡しします。「学校生活管理指導表」に入学予定の学校名とお子さんのお名前を記入した上で、医療機関を受診して主治医に記載を依頼してください。

合わせて、「アレルギー疾患に関する健康調査・取り組みプラン」をお渡ししますので、保護者にご記入いただき、「学校生活管理指導表」と一緒に学校にご提出ください。

＜手順3＞ ご提出いただいた書類「学校生活管理指導表」と「アレルギー疾患に関する健康調査・取り組みプラン」を基に、学校と保護者でお子さんの学校生活における配慮や管理方法について面談を行います。その上で、学校のアレルギー対応委員会において具体的な対応を決め、取り組みを実施します。

◎なお、学校での面談日程等、詳しくは転入先の学校に直接、御連絡ください。

令和 年 月 日

転入される児童生徒の保護者 様

杉並区教育委員会

アレルギー疾患への対応に関するアンケート

日頃より、杉並区の教育活動にご協力いただきありがとうございます。区立学校では、アレルギー疾患について、学校生活においても医師の医学的診断に基づき特別な配慮や管理が必要な場合には 1 年に 1 回、医師記入の「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の提出をお願いしています。

転入されるお子さんの状況を把握するため、次のアンケートへご記入の上、転入先の学校へご提出ください。

なお、「学校生活管理指導表」の作成にあたり、令和 4 年 4 月 1 日以降、アナフィラキシーの既往歴がある患者又は食物アレルギーありの診断を受け、その診断根拠に「食物負荷試験陽性」又は「明らかな症状の既往」及び「IgE 抗体等検査結果陽性」に該当する患者において、情報提供料が保険適用となりました。保険適用とならない場合は、情報提供料（杉並区医師会会員の医療機関は 3,000 円以内）が発生する場合がありますので、保護者のご負担となることについてあらかじめご了承ください。

学校生活における特別な配慮や管理が必要と思われる者

- エピペン®注射を処方されている。 ●学校で服薬の必要がある。 ●除去食やアレルギー献立を希望する。
- 学習活動で制限すべきことや配慮すべきことがある。（運動制限、水泳、調理実習、クラブ活動等）
- アナフィラキシー※を起こす可能性がある。過去に起こしたことがある。
- アナフィラキシー※の診断でなくとも、消化器症状（腹痛や吐き気など）、呼吸器症状（ゼーゼーという喘鳴）を含む中等度以上のアレルギー反応を起こすことがある。

※アナフィラキシーとは、アレルギー反応により、皮膚症状（じんましん）、消化器症状（腹痛や嘔吐）、呼吸器症状（ゼーゼーという喘鳴や呼吸困難）が、複数同時にかつ急激に出現した状態をいいます。

切り取り

アレルギー疾患への対応に関するアンケート

全員提出

記入日 令和 年 月 日

お子さんのお名前 ふりがな (男・女) 学年 年生

質問 1 お子さんにはアレルギー疾患がありますか？ ①、②のいずれかに☑をつけてください。

- ☐ ①ない → アンケートはこれで終了です。
☐ ②ある → 質問 2 に進んでください。

質問 2 該当するアレルギー疾患に☑をつけてください。

- ☐ 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アレルギー性鼻炎
☐ ⑤食物アレルギー（原因食品）
☐ ⑥その他のアレルギー疾患（原因物質）

質問 3 アレルギーの対応について①、②のいずれかに☑をつけてください。

- ☐ ①アレルギー疾患による学校生活での特別な配慮や管理は必要ないと医師から診断を受けています。
☐ ②アレルギー疾患について、医師の指示のもと学校生活において特別な配慮や管理が必要です。
* ②に☑をつけた方は、アレルギー疾患への対応に関する面談を、転入先の学校で実施いたします。
面談に必要な書類「学校生活管理指導表」、「アレルギー疾患に関する健康調査・取り組みプラン」を学校からお渡ししますので、転入先の学校へご相談ください。

アンケートにご協力いただきありがとうございました。

転入される児童生徒の保護者 様

杉並区教育委員会

アレルギー疾患への対応に関するアンケート

全員提出

日頃より、杉並区の教育活動にご協力いただきありがとうございます。区立学校では、アレルギー疾患について、学校生活においても医師の医学的診断に基づき特別な配慮や管理が必要な場合には 1 年に 1 回、医師記入の「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の提出をお願いしています。

転入されるお子さんの状況を把握するため、次のアンケートにご記入の上、転入先の学校へご提出ください。

なお、「学校生活管理指導表」の作成にあたり、令和 4 年 4 月 1 日以降、アナフィラキシーの既往歴がある患者又は食物アレルギーありの診断を受け、その診断根拠に「食物負荷試験陽性」又は「明らかな症状の既往」及び「IgE 抗体等検査結果陽性」に該当する患者において、情報提供料が保険適用となりました。保険適用とならない場合は、情報提供料（杉並区医師会会員の医療機関は 3,000 円以内）が発生する場合がありますので、保護者のご負担となることについてあらかじめご了承ください。

アレルギー疾患への対応に関するアンケート

記入日 令和 年 月 日

お子さんのお名前 ふりがな (男・女) 学年 年生**1 お子さんにはアレルギー疾患がありますか？ ①、②のいずれかに☑をつけてください。**

- ☐ ①ない → アンケートはこれで終了です。
☐ ②ある → 2 の質問に進んでください。

2 該当するアレルギー疾患に☑をつけてください。（複数可）

- ☐ 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アレルギー性鼻炎
☐ ⑤食物アレルギー（原因食品）
☐ ⑥その他のアレルギー疾患（原因物質）

3 質問「2」のアレルギー疾患の対応について①、②のいずれかに☑をつけてください。

- ☐ ①アレルギー疾患による学校生活での特別な配慮や管理は必要ないと医師から診断を受けています。
☐ ②アレルギー疾患について、医師の指示のもと学校生活において特別な配慮や管理が必要です。
* ②に☑をつけた方は、アレルギー疾患への対応に関する面談を、転入先の学校で実施いたします。
面談に必要な書類「学校生活管理指導表」、「アレルギー疾患に関する健康調査・取り組みプラン」をお渡ししますので、転入先の学校へご相談ください。

学校生活における特別な配慮や管理が必要と思われる者

- エピペン®注射を処方されている。 ●学校で服薬の必要がある。 ●除去食やアレルギー献立を希望する。
- 学習活動で制限すべきことや配慮すべきことがある。（運動制限、水泳、調理実習、クラブ活動等）
- アナフィラキシー※を起こす可能性がある。過去に起こしたことがある。
- アナフィラキシー※の診断でなくとも、消化器症状（腹痛や吐き気など）、呼吸器症状（ゼーゼーという喘鳴）を含む中等度以上のアレルギー反応を起こすことがある。

※アナフィラキシーとは、アレルギー反応により、皮膚症状（じんましん）、消化器症状（腹痛や嘔吐）、呼吸器症状（ゼーゼーという喘鳴や呼吸困難）が、複数同時にかつ急激に出現した状態をいいます。

アンケートにご協力いただきありがとうございました。

名前		男・女		年 月 日生		杉並区立		学校		年 組		提出日		年 月 日		
アナフィラキシー（あり・なし） 食物アレルギー（あり・なし）	病型・治療						学校生活上の留意点						緊急連絡先			
	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）						A. 給食						★保護者氏名： 電話： ★連絡医療機関（以下同様の場合チェック□） 医療機関名： 医師名： 電話： 記載日 年 月 日			
	1. 即時型						1. 管理不要									
	2. 口腔アレルギー症候群						2. 管理必要									
	3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー						B. 食物・食材を扱う授業・活動									
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. 管理不要						★連絡医療機関（以下同様の場合チェック□） 医療機関名：				
1. 食物（原因）						2. 管理必要						医師名：				
2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー						C. 運動（体育・部活動等）						電話：				
3. 運動誘発アナフィラキシー						1. 管理不要						記載日				
4. 昆虫（）						2. 管理必要						年 月 日				
5. 医薬品（）						D. 宿泊を伴う校外活動						医師名				
6. その他（）						1. 管理不要						医療機関名				
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						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						（所在地）				
1. 鶏卵 < >（加熱・非加熱）						※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。						（電話）				
2. 牛乳・乳製品 < >【除去根拠】該当するものすべてをく>内に記載						鶏卵：卵殻カルシウム						（印）				
3. 小麦 < >①明らかな症状の既往 ②食物経口負荷試験陽性						牛乳：乳糖・乳清焼成カルシウム										
4. ソバ < >③IgE抗体等検査結果陽性 ④未摂取						小麦：醬油・酢・味噌										
5. ピーナッツ < >（）内に具体的な食品名を記載						大豆：大豆油・醬油・味噌										
6. 甲殻類 < >（すべて・エビ・カニ）						ゴマ：ゴマ油										
7. 木の実類 < >（すべて・クルミ・カシュー・アーモンド）						魚類：かつおだし・いりこだし・魚醤										
8. 果物類 < >（加熱・非加熱）						肉類：エキス										
9. 魚類 < >（）						F. その他配慮・管理事項（自由記述）										
10. 肉類 < >（）																
11. その他1 < >（）																
12. その他2 < >（）																
D. 緊急時に備えた処方薬																
1. 内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬）																
2. アドレナリン自己注射薬（「エピペン®」）																
3. その他（）																
気管支ぜん息（あり・なし）	病型・治療						学校生活上の留意点						緊急連絡先			
	A. 症状のコントロール状態						A. 運動（体育・部活動等）						★保護者氏名： 電話： ★連絡医療機関（以下同様の場合チェック□） 医療機関名： 電話： 記載日 年 月 日			
	1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良						1. 管理不要									
	B-1. 長期管理薬（吸入） 薬剤名 投与量／日						2. 管理必要									
	1. ステロイド吸入薬（）（）						B. 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動									
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（）（）						1. 管理不要						★連絡医療機関（以下同様の場合チェック□） 医療機関名：				
3. その他（）（）						2. 管理必要						電話：				
B-2. 長期管理薬（内服） 薬剤名						C. 宿泊を伴う校外活動						記載日 年 月 日				
1. ロイコトリエン受容体拮抗薬（）						1. 管理不要						医師名				
2. その他（）						2. 管理必要						医療機関名				
B-3. 長期管理薬（注射） 薬剤名						D. その他の配慮・管理事項（自由記載）						（所在地）				
1. 生物学的製剤（）												（電話）				
C. 発作時の対応 薬剤名 投与量／日																
1. ベータ刺激薬吸入（）（）																
2. ベータ刺激薬内服（）（）																

名前		男・女		年 月 日 生		杉並区立		学校		年 組		提出日		年 月 日		
アトピー性皮膚炎 (あり・なし)	病型・治療						学校生活上の留意点						記載日		年 月 日	
	A. 重症度のめやす（厚生労働科学研究所） 1. 軽症：面積に関わらず、軽度の皮疹のみみられる。 2. 中等症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満にみられる。 3. 重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満にみられる。 4. 最重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上にみられる。 *軽度の皮疹：軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変 *強い炎症を伴う皮疹：紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変						A. プール指導及び長時間の紫外線下での活動 1. 管理不要 2. 管理必要						医師名			
	B-1. 常用する外用薬 1. ステロイド軟膏 2. タクロリムス軟膏（「プロトピック®」） 3. 保湿剤 4. その他（ ）		B-2. 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他（ ）		B-3. 常用する注射薬 1. 生物学的製剤		B. 動物との接触 1. 管理不要 2. 管理必要						医療機関名		(印)	
							C. 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要									
アレルギー性結膜炎 (あり・なし)	病型・治療						学校生活上の留意点						記載日		年 月 日	
	A. 病型 1. 通年性アレルギー性結膜炎 2. 季節性アレルギー性結膜炎（花粉症） 3. 春季カタル 4. アトピー性角結膜炎 5. その他（ ）						A. プール指導 1. 管理不要 2. 管理必要						医師名			
	B. 治療 1. 抗アレルギー点眼薬 2. ステロイド点眼薬 3. 免疫抑制点眼薬 4. その他（ ）						B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要						医療機関名		(印)	
							C. その他の配慮・管理事項（自由記載）									
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)	病型・治療						学校生活上の留意点						記載日		年 月 日	
	A. 病型 1. 通年性アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎（花粉症） 主な症状の時期： 春 、 夏 、 秋 、 冬						A. 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要						医師名			
	B. 治療 1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬（内服） 2. 鼻噴霧用ステロイド薬 3. 舌下免疫療法（ダニ・スギ） 4. その他（ ）						B. その他の配慮・管理事項（自由記載）						医療機関名		(印)	

主治医 様 本文書の作成料は、保険適用となる場合を除き、1 通 3,000円以内でお願いいたします。 杉並区教育委員会

※学校における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本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： _____

主治医宛お願い文(例)

令和 年 月 日

主治医 様

杉並区教育委員会

「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」御記入のお願い

日ごろより、杉並区の教育活動にご協力いただきありがとうございます。

杉並区では、家庭においてアレルギー疾患に対する生活上の管理を行っており、学校においても配慮が必要な場合には、「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」（以下、「管理指導表」という）の提出をお願いしています。

つきましては、大変お忙しいとは存じますが、「管理指導表」の内容（病型・治療・学校生活上の留意点等）について具体的に御記入をお願いいたします。

また、学校給食における食物アレルギー対応については、下記の基本方針に沿って進めておりますので、原因食物の特定に御協力をお願いいたします。

なお、大変恐縮ではございますが、「管理指導表」のご記入にあたっては、アナフィラキシーの既往歴がある患者又は、食物アレルギーありの診断を受け、その診断根拠に「食物経口負荷試験陽性」または、「明らかな症状の既往」及び「IgE抗体等検査結果陽性」に該当する患者において、生活管理指導表の情報提供料は、月 1 回まで保険適用となります。

情報提供料が保険適用とならない場合は、杉並区医師会会員の医療機関については、一通につき 3,000円以内の文書料としていただきたく、合わせてお願いいたします。

記

杉並区学校給食における食物アレルギー対応の基本方針

- (1) アレルギー食対応の児童・生徒であることを他の児童・生徒・保護者等とも共有し役割分担をしながら、学校全体で守っていく体制を整えます。
- (2) 食物アレルギーの対応は、保護者・学校・医師の理解と協力のもと、各学校の「食物アレルギー対応委員会」が具体的対応を検討し、連携して取り組みを進めます。
- (3) 「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」に基づき食物アレルギーの原因食物を特定し、量による異なる対応ではなく、アレルゲンを除去した給食を提供します。
- (4) 食品の加工段階や調理によって抗原性（アレルギーの起こりやすさ）が変化しやすいもの、原因食物がごく少量含まれている調味料や油脂等については、厚生労働省等のガイドラインを遵守します。
- (5) 給食室内ですべての調理を行うため、微量混入（コンタミネーション）等の可能性や弁当・一部持参について保護者への十分な説明を行います。
- (6) アレルギー対応食であることを明確にするため、専用の食器とトレイを使用します。

なお、食物アレルギーにおいて原因食物が下記のア～オの場合は、（ ）内の摂取の可否についても「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」にご記入ください。

- ア 鶏卵（加熱卵・非加熱卵）
- イ ごま（ごま油）
- ウ 果物（加熱した果物・生の果物）
- エ 野菜（加熱した野菜・生の野菜）
- オ 大豆（大豆油・しょうゆ・みそ）

【問い合わせ先】

杉並区教育委員会事務局 学務課保健給食係 直通電話 03-5307-0762

杉並区立〇〇学校 〇〇〇〇 電話 〇〇〇〇-〇〇〇〇

（１）主治医記入欄 「病型・治療」欄
 疾患の原因や症状、服用中の薬など、子どもの現在の状況を主治医に記入してもらいます。
 ※本表は大きな変化がない場合、１年間を通じ使用しますので、現在の状況及び、今後１年間を通じて予測される状況を記載してもらいます。

（４）保護者記入欄
保護者の緊急連絡先をご記入ください。
欄外の氏名、性別、生年月日、在籍学校名、学年等もご記入ください

主治医 様 本文書の作成料は、保険適用となる場合を除き、1通 3,000円以内でお願いいたします。 杉並区教育委員会

※学校における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本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。 (5)

保護者氏名: _____

（５）保護者記入欄

緊急時の対応などのために、記載された内容を学校の教職員全員で共有する必要があります。ご同意いただいた上で、ご署名ください。

【記入の仕方】学校生活管理指導表（気管支ぜん息（抜粋））

（１）主治医記入欄

「病型・治療」欄

疾患の原因や症状、服用中の薬など、子どもの現在の状況を記入してください。
※本表は大きな変化がない場合、１年間を通じ使用しますので、現在の状況及び、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。

（４）保護者記入欄

保護者の緊急連絡先を記入してください。

気管支ぜん息（あり・なし）	病型・治療		学校生活上の留意点		（４）緊急連絡先	
	A. 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良		A. 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要		★保護者氏名： 電話：	
	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 () ()		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		★連絡医療機関（以下同様の場合チェック□） 医療機関名： 電話：	
	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 ()		C. 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要		記載日 年 月 日	
	B-3. 長期管理薬（注射） 1. 生物学的製剤 ()		D. その他の配慮・管理事項（自由記載）		医師名 医療機関名 (所在地) (電話)	
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 () ()						

主治医 様 本文書の作成料は、保険適用となる場合を除き、1 通 3,000円以内でお願いいたします。 杉並区教育委員会

※学校における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本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：

（３）主治医記入欄

記載日、医師名、医療機関名を記入してください。

（２）主治医記入欄

「学校生活上の留意点」欄

学校生活における管理・配慮の必要性について記入してください。
※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。

（５）保護者記入欄

緊急時の対応などのために、記載された内容を学校の教職員全員で共有する必要があります。
ご同意していただいた上で、保護者の署名をしてください。

【記入の仕方】学校生活管理指導表（アトピー性皮膚炎（抜粋））

（１）主治医記入欄

「病型・治療」欄

疾患の原因や症状、服用中の薬など、子どもの現在の状況を記入してください。
※本表は大きな変化がない場合、１年間を通じ使用しますので、現在の状況及び、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。

病型・治療			学校生活上の留意点	記載日
アトピー性皮膚炎 (あり)	A. 重症度のめやす（厚生労働科学研究班） １．軽症：面積に関わらず、軽度の皮疹のみみられる。 ２．中等症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満にみられる。 ３．重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満にみられる。 ４．最重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上にみられる。 ＊軽度の皮疹：軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変 ＊強い炎症を伴う皮疹：紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変		A. プール指導及び長時間の紫外線下での活動 １．管理不要 ２．管理必要	年 月 日
	B-1. 常用する外用薬 １．ステロイド軟膏 ２．タクロリムス軟膏（「プロトピック®」） ３．保湿剤 ４．その他（ ）		B. 動物との接触 １．管理不要 ２．管理必要	医師名
	B-2. 常用する内服薬 １．抗ヒスタミン薬 ２．その他		C. 発汗後 １．管理不要 ２．管理必要	医療機関名
	B-3. 常用する注射薬 １．生物学的製剤		D. その他の配慮・管理事項（自由記述）	(3) 主治医記入欄 記載日、医師名、 医療機関名を記入してください。

主治医 様 本文書の作成料は、保険適用となる場合を除き、１通 3,000円以内でお願いいたします。 杉並区教育委員会

※学校における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本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：

（２）主治医記入欄

「学校生活上の留意点」欄

学校生活における管理・配慮の必要性について記入してください。
※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。

（４）保護者記入欄

緊急時の対応などのために、記載された内容を学校の教職員全員で共有する必要があります。
ご同意頂いたうえで、保護者の署名をしてください。

【記入の仕方】学校生活管理指導表（アレルギー性結膜炎（抜粋））

病型・治療		学校生活上の留意点		記載日	
アレルギー性結膜炎 (あり・なし)	A. 病型 1. 通年性アレルギー性結膜炎 2. 季節性アレルギー性結膜炎（花粉症） 3. 春季カタル 4. アトピー性角結膜炎 5. その他（ ）	A. プール指導 1. 管理不要 2. 管理必要	年 月 日	(3) 主治医記入欄 記載日、医師名、 医療機関名を 記入してください。	
	B. 治療 1. 抗アレルギー点眼薬 2. ステロイド点眼薬 3. 免疫抑制点眼薬 4. その他（ ）	B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要	(2)		医師名
		C. その他の配慮・管理事項（自由記載）	(4)		医療機関名
		主治医 様 本文書の作成料は、保険適用となる場合を除き、1通 3,000円以内でお願いいたします。 杉並区教育委員会			
※学校における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本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：					

(1) 主治医記入欄

「病型・治療」欄

疾患の原因や症状、服用中の薬など、子どもの現在の状況を記入してください。

※本表は大きな変化がない場合、1年間を通じ使用しますので、現在の状況及び、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。

(2) 主治医記入欄

「学校生活上の留意点」欄

学校生活における管理・配慮の必要性について記入してください。

※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。

(4) 保護者記入欄

緊急時の対応などのために、記載された内容を学校の教職員全員で共有する必要があります。

ご同意していただいた上で、保護者の署名をしてください。

【記入の仕方】学校生活管理指導表（アレルギー性鼻炎（抜粋））

アレルギー性鼻炎 (あり・なし)	病型・治療		学校生活上の留意点		記載日
	A. 病型 1. 通年性アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎（花粉症） 主な症状の時期： 春 、 夏 、 秋 、 冬		A. 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要		年 月 日
	B. 治療 1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬（内服） 2. 鼻噴霧用ステロイド薬 3. 舌下免疫療法（ダニ・スギ） 4. その他（ ）		B. その他の配慮・管理事項（自由記載） (2)		医師名 (3) 医療機関名
					(3) 主治医記入欄 記載日、医師名、 医療機関名を 記入してください。
主治医 様 本文書の作成料は、保険適用となる場合を除き、1通 3,000円以内でお願いいたします。 杉並区教育委員会					
※学校における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本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： (4)					

(1) 主治医記入欄
 「病型・治療」欄
 疾患の原因や症状、服用中の薬など、子どもの現在の状況を記入してください。
 ※本表は大きな変化がない場合、1年間を通じ使用しますので、現在の状況及び、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。

(2) 主治医記入欄
 「学校生活上の留意点」欄
 学校生活における管理・配慮の必要性について記入してください。
 ※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。

(4) 保護者記入欄
 緊急時の対応などのために、記載された内容を学校の教職員全員で共有する必要があります。
 ご同意いただいた上で、保護者の署名をしてください。

保護者様

杉並区立〇〇学校長

〇 〇 〇 〇

杉並区立学校における食物アレルギー対応について

日頃より、児童生徒の健康管理については、ご理解とご協力をいただき大変ありがとうございます。

文部科学省より示された「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン《令和元年度改訂》」に伴い、杉並区においても、すべての児童生徒等が安心して学校生活をおくることができるように、「杉並区立学校アレルギー対応の手引き」として改訂いたしました。食物アレルギー対応については、より安全な給食の提供を第一に考え、下記の方針および基本的な考え方に基つき進めてまいりますので、ご理解いただきますようお願いいたします。

つきましては、教育委員会から配布した「アレルギー疾患に関するアンケート」のご回答に基づき、アレルギー対応食の提供が必要なお子さんの保護者様には「学校給食における除去食対応方法、アレルギー食品別対応方法」をお渡ししますので、ご確認をお願いいたします。

なお、年度の食物アレルギー対応希望者数と希望内容等により対応がかわる場合もあることや、お子さんの症状によっては、弁当・一部持参の対応をお願いする場合がありますので、ご理解とご協力をお願いいたします。

記

1 基本方針

- (1) アレルギー食対応の児童・生徒であることを他の児童・生徒・保護者等とも共有し役割分担をしながら、学校全体で守っていく体制を整えます。
- (2) 食物アレルギーの対応は、保護者・学校・医師の理解と協力のもと、各学校の「食物アレルギー対応委員会」が具体的対応を検討し、連携して取り組みを進めます。
- (3) 「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」に基づき食物アレルギーの原因食物を特定し、量による異なる対応ではなく、アレルゲンを除去した給食を提供します。
- (4) 食品の加工段階や調理によって抗原性（アレルギーの起こりやすさ）が変化しやすいものの、原因食物がごく少量含まれている調味料や油脂等については、厚生労働省等のガイドラインを遵守します。
- (5) 給食室内ですべての調理を行うため、微量混入（コンタミネーション※）等の可能性や弁当・一部持参について保護者への十分な説明を行います。
- (6) アレルギー対応食であることを明確にするため、専用の食器とトレイを使用します。

※コンタミネーションとは

「食品を製造する際に、原材料として使用していないにもかかわらず、特定原材料等が意図せず最終製品に混入されてしまう場合がある」ことをいいます（「アレルギー物質を含む加工食品の表示ハンドブック」参照）。

(例)・調味料・だし・添加物の除去が必要

- ・給食室での小麦粉の飛散
- ・揚げ油の共用ができない（エビフライを揚げた油でのから揚げの調理等）
- ・食器や調理器具の共用ができない
- ・同一工場、同一製造ラインで製造された食品の除去が必要
- ・ちりめんじゃこ、海藻に混入しているエビ・カニ・タコ

2 基本的な考え方

(1) 「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」（以下、「管理指導表」という）

提出の対象者はアレルギー疾患があり、医師の治療（経過観察）を受けており、家庭でも管理を行い、さらに、学校において特別な配慮（アレルギー対応食の提供、運動・生活の制限、宿泊行事での配慮、服薬の支援等）を保護者が希望する児童・生徒です。

学校における特別な配慮が必要な場合には、毎年1回必ず医師による「管理指導表」を提出し、学校との面談を行ってください。提出及び面談がない場合、学校給食での安全性が確認できないため、学校給食を提供することができませんので予めご了承ください。

なお、「学校生活管理指導表」の作成にあたり、アナフィラキシーの既往歴がある患者又は食物アレルギー患者で所定の診断根拠（「食物負荷試験陽性」または、「明らかな症状の既往」及び「IgE抗体等検査結果陽性」）に該当する場合に、文書作成費が月1回まで保険適用となります。詳細は受診先の医療機関にお問合せ下さい。

(2) 保護者面談

食物アレルギーの対応を希望される場合は、主治医の診断を受けた「管理指導表」及び保護者が記入する「アレルギー疾患に関する健康調査・取り組みプラン」をもとに、保護者の方と校長または副校長、担任、栄養教諭・栄養士、養護教諭等で面談を行います。

(3) 食物アレルギーの対応

調理室の現状や児童・生徒の実態（重症度や原因食材の数、対応人数等）に応じ、安全に提供ができる範囲内で、アレルゲンを除去した給食を提供します。作業工程や施設の対応能力を超える場合、また、多岐にわたりアレルギー原因食物がある場合やアナフィラキシーが頻繁に起こっている場合等は、弁当・一部持参をお願いすることがあります。また、学校給食で使用する食材、給食室内での調理作業はコンタミネーション^(※)の可能性もあることもご承知おきください。

3 アレルギー対応食用食器・トレイについて

アレルギー事故を防ぐには、アレルギー食対応の児童・生徒・保護者・教職員だけでなく、学校全体でアレルギーを理解し、その児童・生徒を守っていくことが重要です。事故を防ぐため、学級や学年、学校全体でアレルギーに対する理解を深め、皆でアレルギー事故を防ぐ体制が重要であると考えます。

このため、アレルギー食対応の児童・生徒に対し、学校全体で配慮できるよう、食器についてはアレルギー対応食専用のものを使用します。また、トレイも通常の給食とは異なる色のものを使用し、見た目にもわかりやすい対応を行いますので、ご理解をお願いいたします。

4 給食のおかわりについて

アレルギー対応食を提供する日は事故を起こさないことを最優先に考え、全ての料理についておかわりはなしとなりますので、ご了承ください。

5 家庭での取り組み

より安全な学校給食を提供するため、アレルギー対応は家庭での取り組みが必要となりますので、以下の点についてご協力をお願いします。

- (1) 毎月、献立表をお渡ししますので、除去の内容等必ず確認してください。ただし、除去対応のない月について、面談時に「確認不要」と希望された方は必要ありません。
- (2) 毎日必ずお子さんと献立を確認し、アレルギー対応食のある日はお子さんへの説明をお願いします。
- (3) 弁当・一部持参の日は、忘れずにお子さんに持たせてください。
- (4) 家庭でもアレルギー事故の危険性をお子さんに伝え、誤食を防ぐよう指導してください。
- (5) 緊急時には、確実に連絡が取れるよう連絡先をお知らせください。
- (6) 必要に応じて主治医と連絡を取り、家庭・学校・主治医が連携して取り組めるようご協力ください。
- (7) 登校中の事故防止のため、朝食でアレルギー食品を摂取して登校することのないようにご注意ください。

【問い合わせ先】

副校長 _____
養護教諭 _____
栄養士 _____
電 話 _____

学校給食における除去食対応方法

杉並区立学校ではアレルギーを除いた除去食の提供をしております。原因食物によっては弁当・一部持参となりますので、ご理解ご協力をお願いいたします。

弁当・一部持参となる場合

下記に該当する場合は安全な給食提供は困難であり、弁当・一部持参をお願いいたします。

- 微量混入（コンタミネーション）で症状が出現する可能性がある場合
 - （例） ・調味料・だし・添加物の除去が必要
 - ・給食室での小麦粉の飛散
 - ・揚げ油の共用ができない（エビフライを揚げた油でのから揚げの調理等）
 - ・食器や調理器具の共用ができない
 - ・同一工場、同一製造ラインで製造された食品の除去が必要
 - ・ちりめんじゃこ、海藻に混入しているエビ・カニ・タコ
- 多品目の食物除去が必要な場合

アレルギー以外の食材が除去となる場合

給食室で調理する際に除去食の種類が複数ある場合には、アレルギー以外の食材を除去することがあります。

- 中華丼：エビ・イカ・うずらの卵をまとめて除去
- ハンバーグ：パン粉・卵をまとめて除去

アレルギー食品別対応方法

代表的なアレルギー食品について、学校給食での対応を記載しました。除去の対象となる品目についてご確認いただき、主治医へもお伝えください。

鶏卵

◆ 加熱卵と非加熱卵に分けて対応します。

- ・鶏卵は加熱することでアレルギー性が低下するため、「加熱卵」と「非加熱卵」に分けて対応します。うずらの卵・アヒルの卵との交差抗原性※2が報告されています。除去の必要の有無を主治医にご確認ください。対応の区別は、学校給食では中心温度を85℃1分以上加熱していますが、加熱の程度が全て均一、一定であるとは限りません。
- 「非加熱卵」を使用している主な食品はマヨネーズ、アイスクリーム等があります。
- マヨネーズは加熱調理した場合は「加熱卵」とみなします。摂取の可否を主治医にご確認ください。

牛乳・乳製品

- ・給食で使用するパンには基本的に乳が含まれます。一部持参をお願いいたします。
- ・加熱・非加熱に関わらず除去します。

小麦

- ・パン・麺の場合は一部持参をお願いいたします。
- ・小麦は他の穀類（ライ麦、大麦）との交差抗原性※2が約20%認められます。除去の必要の有無を主治医にご確認ください。
- ・しょう油の原材料としての小麦は、しょう油を作る過程で小麦のタンパク質が完全に分解されています。このため、しょう油を除去する必要は基本的にありません。同様に大麦由来の麦茶、小麦や大麦由来の麦味噌、醸造酢においてもほとんど場合摂取可能です。ご確認ください。

そば

- ◆ 同一製造ラインによる微量混入の可能性が考えられます。

ピーナッツ(落花生)

- ・少量でも大きな症状が出る場合もあるので、コンタミネーションによる症状の有無を主治医にご確認ください。

ごま

- ・ごま油まで除去が必要かどうか、主治医にご確認ください。

ナッツ類 クルミ・カシューナッツ・アーモンド・カカオ・コーヒー等

- ◆ 令和6年度より、個々にアレルギーの有無を確認して除去します。

クルミとペカンナッツ、カシューナッツとピスタチオには強い交差抗原性※2があります。除去の有無を主治医にご確認ください。

甲殻類・軟体類・貝類

- ◆ 個々に除去します。

- ・エビではカニとロブスターに交差抗原性※2が75%認められています。除去の必要の有無を主治医にご確認ください。エビで症状が出てタコ、イカなどの軟体類や貝類は食べられることが多いです。
- ・ちりめんじゃこや海藻に、エビ・カニ・タコが混入することがあります。摂取の可否を主治医にご確認ください。

魚 類

- ・青身魚や白身魚など魚種を色で区別してひとくくりに除去するのではなく、個々の魚種による除去の必要の有無を主治医にご確認ください。また、ツナ缶は低アレルゲン化されていて多くの場合摂取可能です。必要の有無を主治医にご確認ください。
- ・重篤でなければ、だし（かつおだし、いりこだしなど）の除去は必要ないことが多いです。だしの除去に伴う食生活の影響が大きいため、除去の必要の有無を主治医にご確認ください。

魚 卵 たらこ・ししゃもの卵・わかさぎの卵・数の子・とび子等

- ・魚卵と鶏卵は同じ「卵」でもアレルゲン性は異なります。
- ・魚卵として一括りにしての除去はありません。

野菜・果物

◆ 加熱と非加熱に分けて対応します。

- ・野菜、果物は加熱することでアレルギー性が低下するため、「加熱」と「非加熱」に分けて対応します
除去の必要の有無を主治医にご確認ください。
- ・桃などは加熱してもアレルギー性が失われないため、注意が必要です。野菜、果物アレルギーで
多く見られるのは口の中が腫れたりかゆくなる「口腔アレルギー症候群」です。

肉 類

- ・全ての肉（牛肉・豚肉・鶏肉など）の除去が必要になる場合はほとんどありません。アレルギーであっ
てもエキス（だし）は食べられる場合が多いため、除去の必要の有無を主治医にご確認ください。

大 豆

◆ みそ・しょう油・大豆油・豆乳は一括りに除去対応としません。

- ・大豆アレルギーでも、しょう油やみそ、大豆油はほとんどの症例で食べられる場合が多いです。これら
の除去が必要な場合には、給食対応が困難となります。摂取の可否を主治医にご確認ください。
- ・花粉-食物アレルギー症候群（PFAS）※1では豆腐が摂取可能でも豆乳のみに重篤な症状を呈する場合が
あるため豆乳のみの除去も対応します。

※1 花粉-食物アレルギー症候群（PFAS）

花粉-食物アレルギー症候群（pollen-food allergy syndrome PFAS）とは、花粉感作後に、花粉と交差抗原性※2を有する植物性食物を経口摂取してアレルギー症状を来す病態を指す。

※2 交差抗原性

異なる食物でも原因タンパク質の構造が似ている場合、原因食物以外でもアレルギー症状が誘発されること。

<参考資料>

- ・ぜん息予防のためのよくわかる食物アレルギーの基礎知識 2021年改訂版（独立行政法人 環境再生保全機構）
- ・食物アレルギー診療ガイドライン 2021 監修 海老澤元宏・伊藤浩明・藤澤隆夫

作成 一般社団法人日本小児アレルギー学会 編集制作発売 協和企画

- ・学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン （令和元年 公益財団法人 日本学校保健会）
- ・学校給食における食物アレルギー対応指針（平成 27 年 3 月 文部科学省）
- ・保育所におけるアレルギー対応ガイドライン（厚生労働省）

令和 年度用 アレルギー疾患（食物アレルギー）に関する健康調査・取り組みプラン

杉並区立 学校 年 組 児童・生徒氏名 (男・女) (生年月日 年 月 日)

ご記入をお願いいたします。 の部分については、学校が(あるいは保護者と相談の上)記載します。

1 学校で特別な配慮や管理が必要な食品・食材について

原因食品	アレルギー症状 (発症年齢、具体的な症状等)	最終 発症 年齢	対応方法 (応急処置方法等)	検査の 有無	アナフィラキシー ショック 有無	コンタミネー ション有無
	【 才】			有・無 最終検査日 年 月	有・無	有・無
	【 才】			有・無 最終検査日 年 月	有・無	有・無
	【 才】			有・無 最終検査日 年 月	有・無	有・無
	【 才】			有・無 最終検査日 年 月	有・無	有・無

2 薬剤の処方

薬剤種類	使用基準 (どのような症状の際に使用するか)	保管場所
① エピペンの処方 無・有 (本)		
②内服薬 無・有 (薬剤名)		
③その他 ()		

主治医 医療機関名 (担当医名) 次回受診予定 年 月頃

電話番号

3 学校生活上の留意点

場 面	特別な配慮等の希望の有無と内容（該当するものに☑または■）	対応委員会での決定
1 給食 ☐ 杉並区学校給食の基本方針について ☐ 専用食器・トレイについて ☐ 献立表の確認について ☐ おかわりについて ☐ 弁当・一部持参について ☐ 本人の危機管理について	【アレルギー食材・食品の除去】 ☐ 希望する（食品名 ） ☐ 希望しない	
	【配膳・席・給食当番】 ☐ 希望する（ ） ☐ 希望しない	
2 食材を使用する授業・活動	☐ 希望する（ ） ☐ 希望しない	
3 運動（体育・クラブ活動等）	☐ 希望する（ ） ☐ 希望しない	
4 宿泊を伴う活動	☐ 希望する（ ） ☐ 希望しない	
5 その他		

4 緊急時の対応

緊急と判断される症状		対応①		対応②		搬送希望病院
☐ 上記の内容について確認し、情報について教職員で共有することに同意します。 ☐ 他の児童・生徒への理解と協力を得るため、周知することに同意します。 ☐ アレルギー事故や救急搬送した場合は、教育委員会へ報告することに同意します。						保護者連絡先 ①携帯 ②職場 ③自宅

令和 年 月 日 保護者氏名 (直筆サイン)

令和 年度用 アレルギー疾患（食物アレルギー）に関する健康調査・取り組みプラン 【記入例】

杉並区立●● 学校 ●年 ●組 児童・生徒氏名 ●● ●● (男・女) (生年月日 ▲年 ▲月 ▲日)

ご記入をお願いいたします。 の部分については、学校が(あるいは保護者と相談の上)記載します。

1 学校で特別な配慮や管理が必要な食品・食材について

原因食品	アレルギー症状 (発症年齢、具体的な症状等)	最終 発症 年齢	対応方法 (応急処置方法等)	検査の 有無	アナフィラキシー ショック 有無	コンタミネー ション有無
鶏卵	【2才】卵のチャーハンを食べた際に嘔吐した。 5歳のとき、誤ってクッキーを食べて嘔吐したが、 内服薬を飲み落ち着いた。	5才	救急車にて救急搬送した。病院で点滴を受けたあと、1日入 院し検査。以降エピペンと内服薬を処方される。	有・無 (最終検査日 ○年○月)	有 無	有・無
エビ	【3才】エビフライを食べた際に口腔内のかゆみ を訴えた。	3才	口をすすいだ後、主治医のところで診察をしてもらい、後日ア レルギー検査を受けた。その後、アレルギーが確定したため完 全除去している。	有・無 (最終検査日 ○年○月)	有 無	有・無
ピーナッツ	【6才】食べたことはない(食べず嫌いと思って いた)が、就学にあたり検査したら、IgE 抗体検査 で陽性となった。	6才 検査 陽性	誤って食べた場合、吐き出し、口をすすぐ、自分で口腔ケア用 のウェットティッシュで口腔内を拭く。その後、処方薬を飲ま せ、症状が消失しなければ受診させる。	有・無 (最終検査日 ○年 月)	有・無	有 無
「未摂取」でも IgE 抗体等検査で陽性となり、医師から アレルギー対応が必要と診断された場合も記載します。			校内で決めている場所を保護者と確認し記載します。			有・無 (最終検査日

2 薬剤の処方

薬剤種類	使用基準 (どのような症状の際に使用するか)	保管場所
① エピペンの処方 無・有 (2 本)	腹痛や嘔吐の症状が出た場合使用	ランドセルポケット
②内服薬 無・有 (薬剤名 オロパタジン錠)	口腔内のかゆみの際に1錠使用	ランドセルポケット
③その他 ()		

主治医 医療機関名 ○○クリニック (担当医名 ○○先生) 次回受診予定 令和○年 ○月頃
電話番号 ○○○○—○○○○ 休診日 ●曜日

3 学校生活上の留意点

保護者と確認をしながらチェックを入れます。

場 面	特別な配慮等の希望の有無と内容（該当するものに☑または■）	対応委員会での決定
1 給食	☒ 杉並区学校給食の基本方針について ☒ 専用食器・トレイについて ☒ 献立表の確認について ☒ おかわりについて ☒ 弁当持参について ☒ 本人の危機管理について 【アレルギー食材・食品の除去】 ☒ 希望する（食品名 鶏卵・エビ ） ☐ 希望しない 【配膳・席・給食当番】 ☒ 希望する（鶏卵を使用した献立の日は、メニュー以外の当番を行う ） ☐ 希望しない	アレルギー献立のやり取りをし、最初の配膳とする。 給食の当番時は、献立に鶏卵がないことを担任と確認する。鶏卵が献立にある日は、お盆、箸等の当番を行う。 食を伴う活動の際には、食材内容の確認を担当教諭、担任教諭を行う。
2 食材を使用する授業・活動	☒ 希望する（ 調理実習等の際は、献立の詳細をいただきたい。 ） ☐ 希望しない	校内で決められたルールに従い対応を記載します。
3 運動（体育・クラブ活動・部活動等）	☐ 希望する（ ☒ 希望しない	
4 宿泊を伴う活動	☒ 希望する（ 宿泊時の食事の献立についてご相談したい。 ） ☐ 希望しない	
5 その他		宿舎との献立のやり取りを行い、除去食を相談する。

保護者と確認をしながら対応の手順を記載します。

普段軽い症状でも、症状が悪化した場合の対応を確認して記載することで適切な緊急時の対応ができます。

4 緊急時の対応

緊急と判断される症状
口腔内のかゆみ、腹痛、嘔吐

→

対応①
内服薬(オロパジン錠)
1錠を飲ませる。

→

対応②
回復しない場合、エピペンを打つ。

→

搬送希望病院
[〇〇病院(搬送経験あり)]
[△△病院]
保護者連絡先
保護者氏名 〇〇 △△
①携帯 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
②職場 〇〇〇〇-〇〇〇〇
③自宅 〇〇〇〇-〇〇〇〇

☒ 上記の内容について確認し、情報について教職員で共有することに

☒ 他の児童・生徒への理解と協力を得るため、周知することに同意し

☒ アレルギー事故や救急搬送した場合は、教育委員会へ報告すること

全ての内容を確認後、保護者がサインをし、原本を学校保管とします。（保護者へはコピーを渡します）

令和〇年 〇月 〇日 保護者氏名 ●● ●● (直筆サイン)

令和 年度用
アレルギー疾患（食物アレルギー）に関する健康調査・取り組みプラン

杉並区立 学校 年 組 生徒氏名 (男・女)

生年月日 年 月 日

ご記入をお願いいたします。 の部分については、学校が(あるいは保護者と相談の上)記載します。

1 学校で特別な配慮や管理が必要な食品・食材について

原因食品名	アレルギー症状 (発症年齢、具体的な症状等)	最終発症年齢	対応方法 (応急処置方法等)	病院での最終検査	アナフィラキシーショック	コンタミネーション
	発症 歳	歳		年 月	有 無	有 無
	発症 歳	歳		年 月	有 無	有 無
	発症 歳	歳		年 月	有 無	有 無
	発症 歳	歳		年 月	有 無	有 無
	発症 歳	歳		年 月	有 無	有 無
	発症 歳	歳		年 月	有 無	有 無
	発症 歳	歳		年 月	有 無	有 無

2 薬剤の処方

薬剤種類	使用基準(どのような症状で使用するか)	保管場所
① エピペンの処方 無・有 (本)		
② 内服薬 無・有 (薬剤名)		
③その他 ()		

主治医
医療機関名 (担当医名)
電話番号 休診日 曜日 次回受診予定 年 月 頃

3 学校生活上の留意点

場面	特別な配慮等を希望する場合の内容	対応委員会での決定
1 給食 ☐ 杉並区学校給食の基本方針について ☐ 専用食器・トレイについて ☐ 献立表の確認について ☐ おかわりについて ☐ 弁当・一部持参について ☐ 本人の危機管理について	【アレルギー食材・食品の除去】 食品名	
	【給食当番・配膳・席について】	
2 食材を使用する授業・活動		
3 運動(体育・クラブ活動等)		
4 宿泊を伴う活動		
5 その他		

4 緊急時の対応

緊急と判断される症状

→

対応①

→

対応②

→

搬送希望病院

[]

[]

保護者連絡先

保護者氏名

①携帯

②職場

③自宅

☐ 上記の内容について確認し、情報について教職員で共有することに同意します。
☐ 他の生徒への理解と協力を得るため、周知することに同意します。
☐ アレルギー事故や救急搬送した場合は、教育委員会へ報告することに同意します。

令和 年度用
アレルギー疾患（食物アレルギー）に関する健康調査・取り組みプラン

杉並区立 ●● 学校 ●年 ●組 児童・生徒氏名 ●● ●● (男・女)

生年月日 ▲ 年 ▲ 月 ▲ 日

ご記入をお願いいたします。 [] の部分については、学校が(あるいは保護者と相談の上)記載します。

1 学校で特別な配慮や管理が必要な食品・食材について

原因食品名	アレルギー症状 (発症年齢、具体的な症状等)	最終発症年齢	対応方法 (応急処置方法等)	病院での最終検査	アナフィラキシーショック	コンタミネーション
鶏卵	発症 2 歳 卵チャーハンを食べた際に嘔吐した。 5 歳の時、誤ってクッキーを食べて嘔吐した が内服薬をのみ落ち着いた。	5 歳	救急車で救急搬送された。 病院で点滴を受けたあと、1 日入院して検査。 エピペンと内服薬を処方された。	年 月	☒ 有 ☐ 無	☒ 有 ☐ 無
エビ	発症 3 歳 エビフライを食べた際に口腔内のかゆみを訴えた。	3 歳	口をすすいだ後、主治医のところで診察をしてもらい、後日アレルギー検査を受けた。 その後、アレルギーが確定したため完全除去している。	年 月	☐ 有 ☒ 無	☐ 有 ☒ 無
ピーナッツ	発症 6 歳 食べたことはない(食べず嫌いと思っていた)が、就学にあたり検査したら、IgE 抗体検査で陽性となった。	6 歳 検査陽性	誤って食べた場合、吐き出し、口をすすぐ、自分で口腔ケア用のウェットティッシュで口腔内を拭く。 その後、処方薬を飲ませ、症状が消失しなければ受診させる。	年 月	☐ 有 ☒ 無	☐ 有 ☒ 無
		歳		年 月	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
	発症 歳			年 月	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無

「未摂取」でも IgE 抗体等検査で陽性となり、医師からアレルギー対応が必要と診断された場合も記載します。

校内で決めている場所を保護者と確認し記載します。

2 薬剤の処方

薬剤種類	使用基準(どのような症状で使用するか)	保管場所
① エピペンの処方 無・ ☒ 有 (2 本)	腹痛や嘔吐の症状が出た場合に使用	リュック
② 内服薬 無・ ☒ 有 (薬剤名 オロバタジン錠)	口腔内のかゆみの際に 1 錠使用	リュック
③ その他 ()		

主治医
医療機関名 ○○クリニック (担当医名 ●● 先生)

電話番号 ○○○○—○○○○ 休診日 ●曜日 次回受診予定 令和●年 ●月頃

保護者と確認をしながらチェックを入れます。

場面	特別な配慮等を希望する場合の内容	対応委員会での決定
1 給食 ☒ 杉並区学校給食の基本方針について ☒ 専用食器・トレイについて ☒ 献立表の確認について ☒ おかわりについて ☒ 弁当持参について ☒ 本人の危機管理について	学校生活管理指導票上、☐管理不要・☐管理必要（具体的に） 【アレルギー食材・食品の除去】 食品名：鶏卵、エビ	アレルギー献立のやり取りをし、最初の配膳とする。
	学校生活管理指導票上、☐管理不要・☐管理必要（具体的に） 【給食当番・配膳・席について】 鶏卵を使用した献立の日は、食品以外の当番を行う。	給食の当番時は、献立に鶏卵がないことを担任と確認する。鶏卵が献立にある日は、トレイや橋等の当番を行う。
2 食材を使用する授業・活動	学校生活管理指導票上、☐管理不要・☐管理必要 調理実習等の際は、献立の詳細をいただきたい。	食を伴う活動の際には、食材内容の確認を担当教諭、担任教諭と行う。
3 運動（体育・クラブ・部活動等）	学校生活管理指導票上、☐管理不要・☐管理必要	
4 宿泊を伴う活動	学校生活管理指導票上、☐管理不要・☐管理必要 宿泊時の食事の献立について相談したい。	宿舍との献立のやり取りを行い、除去食の提供方法について相談する。
5 その他		

校内で決められたルールに従って対応等を記載します。

4 緊急時の対応

緊急と判断される症状

口腔内のかゆみ、腹痛、嘔吐

対応①

内服薬(オロパタジン錠)1錠を飲ませる。

保護者と確認をしながら対応の手順を記載します。

普段軽い症状でも、症状が悪化した場合の対応を確認して記載することで適切な緊急時の対応ができます。

対応②

回復しない場合、エピペンを打つ。

搬送希望病院

[〇〇病院(搬送経験あり)]

[△△病院]

保護者連絡先

保護者氏名 ○○ △△

① 携帶 〇〇〇—〇〇〇〇—〇〇〇〇

② 職場 ○○○○—○○○○

全ての内容を確認後、保護者がサインをし、原本を学校保管とします。（保護者へはコピーを渡します）

- ☒上記の内容について確認し、情報について教職員で共有することに同意し。
☒他の生徒への理解と協力を得るため、周知することに同意します。
☒アレルギー事故や救急搬送した場合は、教育委員会へ報告することに同意します。

令和 年 月 日 保護者氏名

(直筆サイン)

令和 年度用 アレルギー疾患（気管支ぜん息）に関する健康調査・取り組みプラン

杉並区立 学校 年 組 児童氏名 (男・女) (生年月日 年 月 日)

ご記入をお願いいたします。 の部分については、学校が(あるいは保護者と相談の上)記載します。

1 学校で特別な配慮や管理が必要な留意点について

発作に関わる アレルゲン	ぜんそく発作の症状 (発症年齢、具体的な症状等)	最終 発症 年齢	急性発作時の対応方法 (応急処置方法等)	検査の有無	アナフィラキシー ショックの有無
アレルゲン (吸入アレ ルゲン)※1	【 才】			有・無 最終検査日 年 月	有・無
アレルゲン 以外※2	【 才】			有・無 最終検査日 年 月	有・無

※1吸入アレルゲン：ダニ（フンや死骸）、ハウスダスト（ダニのフンや死骸を含んだホコリ）、ペットの毛やフン、カビ、花粉など

※2アレルゲン以外：激しいスポーツ、カゼやインフルエンザなどの感染症、季節の変わり目や天候不順・温度変化（春や秋、梅雨や台風、冷たい空気）、強い臭いや煙、過労やストレスなど

2 症状のコントロール状態（記入日を基準日として最近1か月程度）について、該当するものに☑または■を記入してください。

コントロール状態／評価項目	軽い症状	明らかな発作	日常生活の制限	発作止め薬の使用	本人の危機管理意識
□良好	なし	なし	なし	なし	あり
□比較的良好	週1回未満、月1回以上	なし	なし（あっても軽い）	週1回未満、月1回以上	あり・時に忘れる
□不良	週1回以上	月1回以上	月1回以上	週1回以上	なし・できない

3 薬剤の処方

薬剤種類	使用基準（どのような症状の際に使用するか）	保管場所
① 吸入薬 無・有（ 本）		本人ランドセル・（ ）
② 内服薬 無・有（薬剤名 ）		本人ランドセル・（ ）
③ その他（ ）		

主治医 医療機関名 (担当医名) 次回受診予定 年 月頃
電話番号

4 学校生活上の留意点

場 面	特別な配慮等の管理の有無と内容（該当するものに☑または■）	対応委員会での決定
1 動物との接触やホコリ等が舞う環境 係活動（飼育係）について 清掃活動について その他（体験学習など）	【係活動（飼育係など）】 ☐ 管理必要（ ） ☐ 管理不要	
	【清掃活動（清掃当番など）】 ☐ 管理必要（ ） ☐ 管理不要	
2 アレルゲン（動物や植物）を使用する授業・活動	☐ 管理必要（ ） ☐ 管理不要	
3 運動（体育・クラブ活動等）	☐ 管理必要（ ） ☐ 管理不要	
4 宿泊を伴う活動	☐ 管理必要（ ） ☐ 管理不要	
5 その他		

5 緊急時の対応

緊急と判断される症状

➡

対応①

➡

対応②

➡

搬送希望病院
 []
 []
 保護者連絡先
 ①携帯
 ②職場
 ③自宅

☐ 上記の内容について確認し、情報について教職員で共有することに同意します。
☐ 他の児童生徒への理解と協力を得るため、周知することに同意します。
☐ アレルギー事故や救急搬送した場合は、教育委員会へ報告することに同意します。

☐上記の内容について確認し、情報について教職員で共有することに同意します。

☐他の児童生徒への理解と協力を得るため、周知することに同意します。

☐アレルギー事故や救急搬送した場合は、教育委員会へ報告することに同意します。

令和 年 月 日 保護者氏名 (直筆サイン)

令和 年度用
アレルギー疾患（**気管支ぜん息**）に関する健康調査・取り組みプラン

杉並区立 学校 年 組 児童・生徒氏名 (男・女)

生年月日 年 月 日

ご記入をお願いいたします。 の部分については、学校が(あるいは保護者と相談の上)記載します。

1 学校で特別な配慮や管理が必要な留意点についてご記入ください。

発作に関わる アレルゲン	アレルギーの症状 (発症年齢、具体的な症状等)	最終発症年齢	対応方法 (応急処置方法等)	検査の有無 最終検査日	アナフィラキシー ショックの有無
吸入アレルゲン※1	発症 歳	歳		有・無 年 月	有・無
アレルゲン以外※2	発症 歳	歳		有・無 年 月	有・無
	発症 歳	歳		有・無 年 月	有・無

※1 吸入アレルゲン：ダニ（フンや死骸）、ハウスダスト（ダニのフンや死骸を含んだホコリ）、ペットの毛やフン、カビ、花粉等
※2 アレルゲン以外：激しいスポーツ、カゼやインフルエンザなどの感染症、季節の変わり目や天候不順・温度変化（春や秋、梅雨や台風、冷たい空気）、強い臭いや煙、過労やストレスなど

2 症状のコントロール状態（記入日を基準日として最近1か月程度）について

該当する状態に☑または■を記入してください。

コントロール状態 ／評価項目	軽い症状	明らかな 発作	日常生活の制限	かゆみ止め薬の使用	本人の 危機管理意識
□良好	なし	なし	なし	なし	あり
□比較的良好	週1回未満、月1回以上	なし	なし(あっても軽い)	週1回未満、月1回以上	あり・時に忘れる
□不良	週1回以上	月1回以上	月1回以上	週1回以上	なし・できない

3 薬剤の処方について

薬剤種類	使用基準 (どのような症状で使用するか)	保管場所
① 吸入薬 無・有		本人・
② 内服薬 無・有 (薬剤名)		本人・
③ その他 ()		

主治医
医療機関名 (担当医名)

電話番号 休診日 曜日 次回受診予定 年 月 頃

4 学校生活上の留意点

場面	特別な配慮等が必要な場合の具体的な取り組み内容 (該当するものに☑または■をし、管理が必要な場合は具体的にご記入ください)	対応委員会での決定
1 動物との接触やホコリ等が舞う環境 係活動（飼育係等） 清掃活動（清掃当番等）、その他	【係活動（飼育係など）】 ☐ 管理不要 ☐ 管理必要（具体的に） 【清掃活動（清掃当番など）】 ☐ 管理不要 ☐ 管理必要（具体的に）	
2 アレルゲン（動物や植物）を使用する授業・活動	☐ 管理不要 ☐ 管理必要（具体的に）	
3 運動（体育・クラブ活動等）	☐ 管理不要 ☐ 管理必要（具体的に）	
4 宿泊を伴う活動	☐ 管理不要 ☐ 管理必要（具体的に）	
5 その他		

5 緊急時の対応

緊急と判断される症状

→

対応①

→

対応②

→

搬送希望病院

[]

[]

保護者連絡先

保護者氏名

①携帯

②職場

③自宅

☐上記の内容について確認し、情報について教職員で共有することに同意します。
☐他の児童・生徒への理解と協力を得るため、周知することに同意します。
☐アレルギー事故や救急搬送した場合は、教育委員会へ報告することに同意します。

令和 年度用 アレルギー疾患（アトピー性皮膚炎）に関する健康調査・取り組みプラン

杉並区立 学校 年 組 児童・生徒氏名 (男・女) (生年月日 年 月 日)

ご記入をお願いいたします。 の部分については、学校が(あるいは保護者と相談の上)記載します。

1 学校で特別な配慮や管理が必要な留意点について

悪化因子に 関わる アレルゲン※	アレルギーの症状 (発症年齢、具体的な症状等)	最終 発症 年齢	対応方法 (応急処置方法等)	検査の有無 最終検査日	アナフィラキシー ショックの有無
	【発症 歳】	歳		有・無 最終検査日 年 月	有・無
	【発症 歳】	歳		有・無 最終検査日 年 月	有・無

※アレルゲン：汗や髪の毛の刺激、衣類などの摩擦、紫外線、ダニやホコリ、動物や花粉等

2 症状のコントロール状態（記入日を基準日として最近1か月程度）について、該当するものに☑または■を記入してください。

コントロール状態／評価項目	重症度のめやす（厚生労働科学研究班）
☐ 軽症	面積にかかわらず、軽症の皮疹のみ見られる。
☐ 中等度	強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満に見られる。
☐ 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。
☐ 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。

3 薬剤の処方

薬剤種類	使用基準（どのような症状の際に使用するか）	保管場所
① 外用薬 無・有		本人ランドセル・（ ）
② 内服薬 無・有（薬剤名 ）		本人ランドセル・（ ）
③ その他（ ）		

主治医 医療機関名 (担当医名) 次回受診予定 年 月頃
電話番号

4 学校生活上の留意点

場 面	特別な配慮等の管理の有無と内容（該当するものに☑または■）	対応委員会での決定
1 プール指導及び長時間の紫外線下での活動	【係活動（飼育係など）】 ☐ 管理必要（具体的に） ☐ 管理不要	
	【清掃活動（清掃当番など）】 ☐ 管理必要（具体的に） ☐ 管理不要	
2 動物や植物と接触する授業や活動	☐ 管理必要（具体的に） ☐ 管理不要	
3 発汗後（体育・クラブ活動・部活動等）	☐ 管理必要（具体的に） ☐ 管理不要	
4 宿泊を伴う活動	☐ 管理必要（具体的に） ☐ 管理不要	
5 その他		

5 緊急時の対応

緊急と判断される症状	対応① _____ _____ _____	対応② _____ _____ _____	搬送希望病院 [_____] [_____] 保護者連絡先 ①携帯 ②職場 ③自宅
------------	--------------------------------	--------------------------------	---

☐ 上記の内容について確認し、情報について教職員で共有することに同意します。
☐ 他の児童生徒への理解と協力を得るため、周知することに同意します。
☐ アレルギー事故や救急搬送した場合は、教育委員会へ報告することに同意します。

令和 年 月 日 保護者氏名 (直筆サイン)

令和 年度用
アレルギー疾患（**アトピー性皮膚炎**）に関する健康調査・取り組みプラン
杉並区立 学校 年 組 児童・生徒氏名 (男・女)

生年月日 年 月 日

ご記入をお願いいたします。 の部分については、学校が(あるいは保護者と相談の上)記載します。

1 学校で特別な配慮や管理が必要な留意点についてご記入ください。

悪化因子に 関わる アレルゲン※	アレルギーの症状 (発症年齢、具体的な症状等)	最終 発症 年齢	対応方法 (応急処置方法等)	検査の有無 最終検査日	アナフィラキシー ショックの有無
	発症 歳	歳		有・無 年 月	有 ・ 無
	発症 歳	歳		有・無 年 月	有 ・ 無
	発症 歳	歳		有・無 年 月	有 ・ 無

※アレルゲン：汗や髪の毛の刺激、衣類などの摩擦、紫外線、ダニやホコリ、動物や花粉等

2 症状のコントロールの状態（記入日を基準日として最近 1 か月程度）について
該当する状態に☑または■を記入してください。

症状の状態	重症度のめやす（厚生労働科学研究班）
□軽症	面積にかかわらず、軽症の皮疹のみ見られる。
□中等度	強い炎症を伴う皮疹が体表面積の 10%未満に見られる。
□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。
□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。

3 薬剤の処方について

薬剤種類	使用基準 (どのような症状で使用するか)	保管場所
① 外用薬 無・有		本人・
② 内服薬 無・有 (薬剤名)		本人・
③ その他 ()		

主治医

医療機関名 (担当医名)

電話番号 休診日 曜日 次回受診予定 年 月 頃

4 学校生活上の留意点

場面	特別な配慮等が必要な場合の具体的な取り組み内容 (該当するものに☑または■をし、管理が必要な場合は具体的にご記入ください)	対応委員会での決定
1 プール指導及び長時間の紫外線下での活動	☐ 管理不要 ☐ 管理必要（具体的に）	
2 動物や植物と接触する授業や活動	☐ 管理不要 ☐ 管理必要（具体的に）	
3 発汗後（体育・クラブ活動等）	☐ 管理不要 ☐ 管理必要（具体的に）	
4 宿泊を伴う活動	☐ 管理不要 ☐ 管理必要（具体的に）	
5 その他	☐ 管理不要 ☐ 管理必要（具体的に）	

5 緊急時の対応

緊急と判断される症状

→

対応①

→

対応②

→

搬送希望病院

[]

[]

保護者連絡先

保護者氏名

①携帯

②職場

③自宅

□上記の内容について確認し、情報について教職員で共有することに同意します。
□他の児童・生徒への理解と協力を得るため、周知することに同意します。
□アレルギー事故や救急搬送した場合は、教育委員会へ報告することに同意します。

令和 年度用 アレルギー疾患（アレルギー性結膜炎）に関する健康調査・取り組みプラ

杉並区立 学校 年 組 児童・生徒氏名 ン （男・女）（生年月日 年 月 日）

ご記入をお願いいたします。 の部分については、学校が（あるいは保護者と相談の上）記載します。

1 学校で特別な配慮や管理が必要な留意点について

原因となる アレルゲン	アレルギーの症状 （発症年齢、具体的な症状等）	最終 発症 年齢	対応方法 （応急処置方法等）	検査の有無 最終検査日	アナフィラキシー ショックの有無
通 年 性 ア レ ル ゲ ン ※ 1	【発症 歳】	歳		有・無 最終検査日 年 月	有・無
季 節 性 ア レ ル ゲ ン ※ 2	【発症 歳】	歳		有・無 最終検査日 年 月	有・無

※1 通年性アレルゲン：ダニやカビなど（部屋の清掃や換気が予防策として重要）

※2 季節性アレルゲン：花粉（花粉防護柵が有効）

2 薬剤の処方について

薬剤種類	使用基準（どのような症状の際に使用するか）	保管場所
① 点眼薬 無・有		本人ランドセル・（ ）
② 内服薬 無・有（薬剤名 ）		本人ランドセル・（ ）
③ その他（ ）		

主治医

医療機関名 （担当医名 ）

電話番号 休診日 曜日 次回受診予定 年 月 頃

3 学校生活上の留意点

場 面	特別な配慮等の管理の有無と内容（該当するものに☑または■）	対応委員会での決定
1 プール指導	【係活動（飼育係など）】 ☐ 管理必要（具体的に） ☐ 管理不要	
	【清掃活動（清掃当番など）】 ☐ 管理必要（具体的に） ☐ 管理不要	
2 屋外活動（体育・クラブ活動・部活動等）	☐ 管理必要（具体的に） ☐ 管理不要	
3 その他	☐ 管理必要（具体的に） ☐ 管理不要	

4 緊急時の対応

緊急と判断される症状	対応①	対応②	搬送希望病院 [] [] 保護者連絡先 ①携帯 ②職場 ③自宅

☐ 上記の内容について確認し、情報について教職員で共有することに同意します。
☐ 他の児童生徒への理解と協力を得るため、周知することに同意します。
☐ アレルギー事故や救急搬送した場合は、教育委員会へ報告することに同意します。

令和 年 月 日 保護者氏名 (直筆サイン)

令和 年度用

アレルギー疾患（アレルギー性結膜炎）に関する健康調査・取り組みプラン

杉並区立 学校 年 組 児童・生徒氏名 (男・女)

生年月日 年 月 日

ご記入をお願いいたします。 の部分については、学校が(あるいは保護者と相談の上)記載します。

1 学校で特別な配慮や管理が必要な留意点についてご記入ください。

原因となる アレルゲン※	アレルギーの症状 (発症年齢、具体的な症状等)	最終発症年齢	対応方法 (応急処置方法等)	検査の有無 最終検査日	アナフィラキシー ショックの有無
通年性アレル ゲン※ 1	発症 歳	歳		有・無 年 月	有 ・ 無
季節性アレル ゲン※ 2	発症 歳	歳		有・無 年 月	有 ・ 無
	発症 歳	歳		有・無 年 月	有 ・ 無

※ 1 通年性アレルゲン：ダニやカビなど（部屋の清掃や換気が予防策として重要）
※ 2 季節性アレルゲン：花粉（花粉防護策が有効）

2 薬剤の処方について

薬剤種類	使用基準 (どのような症状で使用するか)	保管場所
① 点眼薬 無・有		本人・
② 内服薬 無・有 (薬剤名)		本人・
③ その他 ()		

主治医

医療機関名 (担当医名)

電話番号 休診日 曜日 次回受診予定 年 月頃

3 学校生活上の留意点

場面	特別な配慮等が必要な場合の具体的な取り組み内容 (該当するものに☐または■をし、管理が必要な場合は具体的にご記入ください)	対応委員会での決定
1 プール指導	☐管理不要 ☐管理必要（具体的に）	
2 屋外活動 (体育・クラブ活動等)	☐管理不要 ☐管理必要（具体的に）	
3 その他	☐管理不要 ☐管理必要（具体的に）	

4 緊急時の対応

緊急と判断される症状

→

対応①

→

対応②

→

搬送希望病院

[]

[]

保護者連絡先

保護者氏名

①携帯

②職場

③自宅

□上記の内容について確認し、情報について教職員で共有することに同意します。
□他の児童・生徒への理解と協力を得るため、周知することに同意します。
□アレルギー事故や救急搬送した場合は、教育委員会へ報告することに同意します。

令和 年 月 日 保護者氏名 _____ (直筆サイン)

令和 年度用 アレルギー疾患（アレルギー性鼻炎）に関する健康調査・取り組みプラン

杉並区立 学校 年 組 児童・生徒氏名 （男・女） （生年月日 年 月 日）

ご記入をお願いいたします。 の部分については、学校が（あるいは保護者と相談の上）記載します。

1 学校で特別な配慮や管理が必要な留意点について

原因となる アレルゲン	アレルギーの症状 （発症年齢、具体的な症状等）	最終 発症 年齢	対応方法 （応急処置方法等）	検査の有無 最終検査日	アナフィラキシー ショックの有無
通 年 性 ア レ ル ゲ ン ※ 1	【発症 歳】	歳		有 ・ 無 最終検査日 年 月	有 ・ 無
季 節 性 ア レ ル ゲ ン ※ 2	【発症 歳】	歳		有 ・ 無 最終検査日 年 月	有 ・ 無

※1 通年性アレルゲン：ハウスダスト、ダニ（部屋の清掃や換気が予防策として重要）
※2 季節性アレルゲン：花粉（スギ・ヒノキ・ハンノキ・カモガヤ・ブタクサ等の花粉防護柵が有効）

2 薬剤の処方について

薬剤種類	使用基準（どのような症状の際に使用するか）	保管場所
① 点鼻薬・噴霧用ステロイド薬 無 ・ 有		本人ランドセル・（ ）
② 内服薬 無 ・ 有（薬剤名 ）		本人ランドセル・（ ）
③ その他（ ）		

主治医

医療機関名 （担当医名 ）

電話番号 休診日 曜日 次回受診予定 年 月頃

3 学校生活上の留意点

場 面	特別な配慮等の管理の有無と内容（該当するものに☑または■）	対応委員会での決定
1 屋外活動（体育・クラブ活動・部活動等）	☐ 管理必要（具体的に） ☐ 管理不要	
2 その他	☐ 管理必要（具体的に） ☐ 管理不要	

4 緊急時の対応

```

graph LR
    A[緊急と判断される症状] --> B[対応①  
_____  
_____  
_____  
_____  
_____]
    B --> C[対応②  
_____  
_____  
_____  
_____  
_____]
    C --> D[搬送希望病院  
[ ]  
[ ]  
保護者連絡先  
①携帯  
②職場  
③自宅]
  
```

緊急と判断される症状

対応①

対応②

搬送希望病院
[]
[]
保護者連絡先
①携帯
②職場
③自宅

☐上記の内容について確認し、情報について教職員で共有することに同意します。

☐他の児童生徒への理解と協力を得るため、周知することに同意します。

☐アレルギー事故や救急搬送した場合は、教育委員会へ報告することに同意します。

令和 年 月 日 保護者氏名 (直筆サイン)

令和 年度用

アレルギー疾患（アレルギー性鼻炎）に関する健康調査・取り組みプラン

杉並区立 学校 年 組 児童・生徒氏名 (男・女)

生年月日 年 月 日

ご記入をお願いいたします。 の部分については、学校が(あるいは保護者と相談の上)記載します。

1 学校で特別な配慮や管理が必要な留意点についてご記入ください。

原因となる アレルゲン※	アレルギーの症状 (発症年齢、具体的な症状等)	最終 発症 年齢	対応方法 (応急処置方法等)	検査の有無 最終検査日	アナフィラキシー ショックの有無
通年性アレル ゲン※ 1	発症 歳	歳		有・無 年 月	有 ・ 無
季節性アレル ゲン※ 2	発症 歳	歳		有・無 年 月	有 ・ 無
	発症 歳	歳		有・無 年 月	有 ・ 無

※ 1 通年性アレルゲン：ハウスダスト、ダニ（部屋の清掃や換気が予防策として重要）

※ 2 季節性アレルゲン：花粉（スギ・ヒノキ・ハンノキ・カモガヤ・ブタクサ等の花粉防護策が有効）

2 薬剤の処方について

薬剤種類	使用基準 (どのような症状で使用するか)	保管場所
① 点鼻薬・鼻噴霧用ステロイド薬 無・有		本人・
② 内服薬 無・有 (薬剤名)		本人・
③ その他 ()		

主治医

医療機関名 (担当医名)

電話番号 休診日 曜日 次回受診予定 年 月 頃

3 学校生活上の留意点

場面	特別な配慮等が必要な場合の具体的な取り組み内容 (該当するものに☑または■をし、管理が必要な場合は具体的にご記入ください)	対応委員会での決定
1 屋外活動 (体育・クラブ活動等)	☐ 管理不要 ☐ 管理必要 (具体的に)	
2 その他	☐ 管理不要 ☐ 管理必要 (具体的に)	

4 緊急時の対応

緊急と判断される症状

→

対応①

→

対応②

→

搬送希望病院

[]

[]

保護者連絡先

保護者氏名

①携帯

②職場

③自宅

□上記の内容について確認し、情報について教職員で共有することに同意します。
□他の児童・生徒への理解と協力を得るため、周知することに同意します。
□アレルギー事故や救急搬送した場合は、教育委員会へ報告することに同意します。

令和 年 月 日 保護者氏名 _____ (直筆サイン)

食物アレルギー面談記録票

児童・生徒	年 組 氏名 () 男・女
面談日	令和 年 月 日 ()
出席者 (出席者に○をつける)	保護者 校長 副校長 学年主任 担任 給食担当教諭 養護教諭 栄養職員 その他 ()

<面談時チェック項目>

☐提出書類について

<学校生活管理指導表・アレルギー疾患に関する健康調査票 4-①>

☐アレルギーの原因食物、発症時期、症状の聞き取り

アレルギーの 原因食物	最終発症年齢	関連する食品の摂 取の可否
	歳	
症状		
	歳	
症状		
	歳	
症状		
	歳	
症状		
	歳	
症状		
	歳	
症状		

☐最終発症年齢が乳幼児等の場合は現状を確認し、受診を促す

☐コンタミネーションの説明（小麦・油など）

＊コンタミネーションが有の場合は弁当持参

☐アナフィラキシー、アナフィラキシーショックの有無

☐エピペン®、内服薬について

☐家庭での食事について

☐本人の危機管理について

☐杉並区学校給食の基本方針について

☐献立表の確認のお願い

（対応がない月の詳細献立の確認：要・不要）

☐弁当・一部持参のお願い

☐アレルギー食における給食費の取り扱い

☐おかわりについて

＊除去のある日は全ての献立のおかわり禁止

☐専用食器・トレイについて

☐教職員、児童、生徒への周知について

☐学校生活上の留意点

＊運動、食材を扱う授業・活動、給食当番、牛乳パックリサイクル、移動教室、遠足等

☐緊急連絡先の確認

☐医療機関の確認（緊急時）

☐学校給食対応決定までのスケジュールについて

聞き取り項目	有	無	備考
アナフィラキシー			
アナフィラキシーショック			
エピペン®			
内服薬			
コンタミネーション			
家庭での食事について			

備考

上記の項目について説明を受け、確認いたしました。

保護者氏名： _____ (直筆サイン)

＜アレルギーの原因食物別 注意点・聞き取り・連絡事項＞

アレルギーの原因食物	注意点・聞き取り・連絡事項	関連する食品の摂取の可否の確認
鶏卵	・加熱と非加熱に分けて対応する ・量による異なる対応は行わない ・練り製品や一部のパンも除去の対象である ・非加熱除去の食材はマヨネーズ・アイスクリームである	・うずらの卵 69%※ ・アヒルの卵 66%※
牛乳・乳製品	・加熱や発酵による変化を受けにくいいため、加熱に関わらず、牛乳・乳製品・乳酸を除去する ・飲用牛乳のみ除去の対応は行わない	・ヤギ乳 92%※ ・羊乳 92%※
小麦	・加熱によるアレルゲン性の低下はほとんどない ・運動誘発性アレルギーとの関連の有無確認	・ライ麦 20%※ ・小麦由来の麦茶・麦味噌 ・大麦 20%※・穀物酢
そば	・製造ラインに注意が必要（麺のラインは同一の可能性あり）	
穀物 (米・大麦・トウモロコシ)	・麦ごはんには大麦を使用	・麦茶
ピーナッツ	・ピーナッツ、樹木ナッツ、ゴマはそれぞれ原因タンパク質が異なるためまとめて除去しない	・えんどう豆 5%※ ・レンズ豆 5%※
ごま	・ごま油の摂取は主治医に確認	・ごま油
木の実類 (アーモンド・くるみ・松の実・カカオ 銀杏・カシューナッツ・栗・ペカン等)	・ナッツ類として一括りにすることができず、個別にアレルギーの有無を確認する	・クルミとペカン ・カシューナッツとピスタチオ
甲殻類 (エビ・カニ)	・甲殻類間のエビとカニとロブスターに交差抗原性がある。除去する食物の有無を主治医に確認 ・運動誘発性アレルギーとの関連の有無確認	・じゃこ・海藻 (のり・もずく・わかめ) ・カニ・ロブスター 75%※
軟体類 (イカ・タコ)	・甲殻類と軟体類・貝類には交差抗原性ない	
魚類	・魚類間で交差抗原性がある。鮭とカジキ・ひらめ ・魚種を色で区別するなどひとくくりに除去せず、魚種による除去を主治医に確認 ・出汁、エキス、練り製品の摂取は主治医に確認	・さば節出汁 ・かつお節出汁 ・煮干し出汁 ・ツナ缶・練り製品 ・鮭・カジキ・ひらめ
貝類 (あさり・しじみ・ほたて・カキ)	・貝類間には交差抗原性がない ・エキス、調味料も除去する	
魚卵 (いくら・たらこ・ししゃも)	・魚卵と鶏卵は同じ「卵」でもアレルゲン性は異なる	・わかさぎ ・ニギス ・きびなご
果物類	・加熱と非加熱に分けて対応する ・桃など種類によっては加熱してもアレルゲン性が失われないので注意 ・運動誘発性アレルギーとの関連の有無確認 ・豆乳摂取で重篤な症状が出る場合が、主治医に確認	・PFAS との関連 ・OAS との関連 ・豆乳
野菜類	・加熱と非加熱に分けて対応する ・豆乳摂取で重篤な症状が出る場合が、主治医に確認	・豆乳
肉類	・スープ、エキスについては主治医に確認	
大豆	・他の豆類の除去が必要なことは非常に少ない ・しょう油やみそ、納豆、大豆油は主治医に確認 ・PFAS との関係で豆乳の対応あり	・しょう油 ・みそ ・大豆油 ・納豆 ・豆乳

※臨床的交差反応性の危険率

令和 年 月 日

年 組 氏名
保護者様

杉並区立〇〇学校長
〇〇 〇〇

令和〇〇年度 食物アレルギー対応決定表

令和〇〇年度の食物アレルギー対応食の内容は以下のとおりです。ご確認をお願いします。

アレルギーの原因食物	対 応 等	
		除去申請日 年 月 日
		解除開始日 年 月 日
		除去申請日 年 月 日
		解除開始日 年 月 日
		除去申請日 年 月 日
		解除開始日 年 月 日
		除去申請日 年 月 日
		解除開始日 年 月 日

<注意事項>

- * 本校の食物アレルギー対応は「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」、「アレルギー疾患（食物アレルギー）に関する健康調査・取り組みプラン【様式4-①】」及「食物アレルギー面談記録票【様式4-②】」を基に提供していますが、その年度の食物アレルギー対応の希望者数と希望内容等により対応が変更になる場合もあります。お子さんの症状によっては、弁当・一部持参品の対応をお願いすることがありますので、ご理解をお願いします。
- * 年度途中にアレルギーの原因食物や対応に変更があった場合(追加・解除)は、その都度担任へご連絡ください。

以下枠内は、保護者記入欄

令和 年 月 日
区立〇〇学校長 宛
令和〇〇年度の食物アレルギー対応の内容及び注意事項について、確認いたしました。
年 組 氏名
保護者氏名 (直筆サイン)

令和 年 月 日

2年 2組 氏名 学務 なみすけ
保 護 者 様

杉並区立〇〇学校長
〇〇 〇〇

令和〇〇年度 食物アレルギー対応決定表

令和〇〇年度の食物アレルギー対応食の内容は以下のとおりです。ご確認をお願いします。

アレルギーの原因食物	対 応 等	
乳・乳製品	完全除去。 パンの日は代替食をお持ちください。	除去申請日 年 月 日
		解除開始日 年 月 日
鶏卵 (コンタミ有)	完全除去。 鶏卵を使用する日には、給食提供ができません。弁当 をご持参ください。	除去申請日 年 月 日
		解除開始日 年 月 日
エビ	完全除去。 調理工程の都合上、イカ等も除去することがあります。	除去申請日 年 月 日
		解除開始日 年 月 日
		除去申請日 年 月 日
		解除開始日 年 月 日

<注意事項>

- ＊ 本校の食物アレルギー対応は「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」、「アレルギー疾患（食物アレルギー）に関する健康調査・取り組みプラン【様式 4－①】」及び「食物アレルギー面談記録票【様式 4－②】」を基に提供していますが、その年度の食物アレルギー対応の希望者数と希望内容等により対応が変更になる場合もあります。お子さんの症状によっては、弁当・一部持参品の対応をお願いすることがありますので、ご理解をお願いします。
- ＊ 年度途中にアレルギーの原因食物や対応に変更があった場合(追加・解除)は、その都度担任へご連絡ください。

令和 年 月 日
区立〇〇学校長 宛

令和〇〇年度の食物アレルギー対応の内容及び注意事項について、確認いたしました。

年 組 氏名
保護者氏名 (直筆サイン)



アレルギー対応校内確認用回覧票

《添付書類(新規申請時)》

- 【様式8－②】食物アレルギー対応者一覧
- 【様式2】学校生活管理指導表(食物アレルギー用)】
- 【様式4－①食物】アレルギー疾患(食物アレルギー)に関する健康調査・取り組みプラン
- 【様式4－②】食物アレルギー面談記録票
- 【様式4－③】アレルギー対応決定表

《添付書類(除去解除／アレルギー疾患)》上記新規申請時の添付書類に加える

●一部解除の場合

- 【様式14－②】除去解除申請書(アレルギー疾患)／一部解除に○印がついたもの
- 【様式2】学校生活管理指導表(食物アレルギー用)】

●全部解除の場合

- 【様式14－②】除去解除申請書(アレルギー疾患)／全部解除に○印がついたもの

※食物アレルギー以外のアレルギー疾患の場合は、【様式4－①食物】に代えて

【様式14－①ぜん息、皮膚炎、結膜炎、鼻炎】「アレルギー疾患(ぜん息、皮膚炎、結膜炎、鼻炎)に関する健康調査・取り組みプラン」を添付する。

確 認 欄

※速やかに回覧してください。「校内取り組み報告会」で教職員全員に周知してください。

校長	副校長	担任	保健主任	養護教諭	給食担当 教諭	栄養職員	調理職員

令和〇〇年度（ / 現在） 食物アレルギー対応者 一覧 〇〇学校

[参考例] 様式8-②【R5改訂】

NO	学年・組	氏名	性別	病名・症状他	アレルギー原因食物	除去食品	給食での対応	医療機関	緊急連絡先	備考
例	〇年〇組			食物アレルギー 口腔症状 ぜんそく じんましん アナフラキシー 発作時の薬持参 エピペン持参	牛乳 そば、種実 非加熱卵 ごま	乳成分全て(カゼインホエイもだめ) パン、牛乳、ヨーグルト、チーズ、脱脂粉乳 ベーコン、粉乳、ミルクカルシウム等 そば、ナッツ類(ピーナツ、アーモンド、クルミ カシューナッツ、ピスタチオ) 卵は加熱してあれば可 ごま、ごまペースト不可 (ごま油は可)	献立表を事前に配布 基本的に除去食 パンは自宅から持参 飲用牛乳は不可なので 自宅から飲み物持参	〇〇医院 33××-××	自宅 〇〇-×× 携帯 090-〇×-〇×	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

※「アナフィラキシーあり」や「エピペン持参」の児童・生徒は、朱書等で目立つようにする

「学校給食の手引き」(様式3)[参考]

アレルギー食等対応者一覧(給食室用)

年 月 日

(/)

	学年・組	氏名	除去食品	給食での対応	備考
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

食物アレルギー対応献立表

校内確認用回覧票

令和 ○ 年度 ○ 月分

添付書類

- ・ 詳細献立表＜様式 10＞
- ・ アレルギー対応連絡表＜様式 11＞

確 認 欄

速やかに回覧してください。

校長	副校長	養護教諭	栄養職員	調理職員

様式 10 【R5改訂】
表示例

0:通常献立

杉並小学校 2022-11-09 印刷

12月 1日(木)		12月 2日(金)		12月 5日(月)		12月 6日(火)		12月 7日(水)	
献立名／食品名	g	献立名／食品名	g	献立名／食品名	g	献立名／食品名	g	献立名／食品名	g
【ビスキュイパン(ジャムなし)】		【麦ごはん(70, 押し麦)】		【麦ごはん(70, 押し麦)】		【※ほうとう】		【キーマカレーライス】	
丸パン 粉40g(低)	40.00	米	53.10	米	53.10	給：生うどん(食塩のみ茹で後)	45.00	米	56.70
丸パン 粉50g(中)	50.00	押し麦	9.90	押し麦	9.90	煮干し(だし)	2.70	押し麦	10.80
丸パン 粉50g(高)	50.00	強化米	0.15	強化米	0.15	水	135.00	強化米	0.16
調理用牛乳	1.17	水	0.00	水	0.00	とり肉(コマ)	13.50	水	0.00
バター	2.70			【牛乳】		かぼちゃ	27.00	炒め油	0.90
★たまご	6.48	【牛乳】		牛乳	206.00	里芋	18.00	クミンシード	0.02
さとう	5.85	牛乳	206.00	【ぶりの照焼(5,5,6)】		もみ塩	0.00	たまねぎ	63.00
小麦粉	6.30			ぶり(低) 50g	50.00	だいこん	27.00	ホールトマト(缶)	9.00
ラム酒	0.54	【※ポテトコロッケ(×0.9)ソース無し】		ぶり(中) 50g	50.00	油揚げ	9.00	コリアンダー	0.18
		炒め油	0.36	ぶり(高) 60g	60.00	ながねぎ	18.00	ターメリック	0.63
【牛乳】		にんじん	4.05	しょうゆ	1.80	赤色辛みそ	7.20	クミン粉	0.07
牛乳	206.00	たまねぎ	22.50	酒	1.80	淡色辛みそ	4.50	ベーリーフ粉	0.02
		豚挽き肉	8.10	みりん	1.80	こまつな	9.00	炒め油	0.90
【※ミネストローネ(豆入り)】		じゃがいも	63.00	しょうゆ	0.90	【牛乳】		にんにく	0.45
炒め油	0.45	マッシュポテト	1.35	みりん	0.90	牛乳	206.00	しょうが	0.45
セロリー	1.80	塩	0.54	でんぶん	0.27	【※ばりばりひじき】		セロリー	2.70
豚肩肉	9.00	こしょう	0.02	水	1.80	干ひじき(ステンス釜、乾)	2.70	豚挽き肉	22.50
赤ワイン	0.45	小麦粉	4.95	【みみ汁】		にんじん	9.00	にんじん	13.50
にんじん	9.00	★たまご	4.05	煮干し(だし)	2.70	酒	0.54	豚骨(スープ)	9.00
たまねぎ	27.00	水	0.00	水	117.00	さとう	0.45	じゃがいも	49.50
じゃがいも	27.00	ソフトパン粉→1-79	5.40	かぼちゃ	13.50	みりん	0.54	水	54.00
水	99.00	揚げ油	6.30	だいこん	13.50	しょうゆ	1.44	ガラムマサラ	0.07
とり骨(スープ)	13.50			にんじん	4.50	白炒りごま	2.70	ウスターソース	2.70
キャベツ	18.00	【※えのき入りすまし汁】		こまつな	7.20	ダイスチーズ	4.50	しょうゆ	1.80
トマト	9.00	さば節(だし)	1.80	油揚げ	4.50	小麦粉	0.45	塩	0.90
ホールトマト(缶)	13.50	出し昆布	0.27	ながねぎ	4.50	水	0.90	こしょう	0.03
塩	0.81	水	117.00	えのきたけ	4.50	春巻きの皮→1-179	20.00	炒め油	1.80
こしょう	0.03	とうふ	27.00	淡色辛みそ	9.00	揚げ油	2.70	バター	1.80
赤いんげん豆	9.00	えのきたけ	9.00	小麦粉	9.00	【ブロッコリーの甘じょうゆあえ×0.75】		カレー粉	0.63
マカロニ	4.50	ながねぎ	13.50	水	4.50	ブロッコリー	27.00	小麦粉	4.05
ゆで塩 水の0.5%	0.00	こまつな	9.00	塩	0.18	さとう	0.27		
グリーンピース(冷)	3.60	塩	0.68	【白菜のおかかじょうゆあえ】		しょうゆ	1.17	【牛乳】	
粉チーズ	1.80	しょうゆ	1.71	はくさい	45.00	【菊花みかん】		牛乳	206.00
		★たまご	10.80	しょうゆ	1.17	みかん 1/2個	40.00		
				かつお節	0.63			【ゆずごまサラダ】	
【※ブロッコリーのサラダ】		【※やとコマツのごまじょうゆ】						干ひじき(ステンス釜、乾)	0.63
ブロッコリー	18.00	もやし	27.00					きゅうり	9.00
キャベツ	36.00	こまつな	18.00					キャベツ	9.00
にんじん	4.50	しょうゆ	1.80					だいこん	13.50
ホールコーン(缶)	4.50	白炒りごま	0.45					こまつな	9.00
サラダ油	3.15							茗苧・缶詰、水煮、フルク、杓杓	9.00
酢	2.16							サラダ油	1.35
塩	0.18							塩	0.18
こしょう	0.02							こしょう	0.02
さとう	0.18							しょうゆ	0.90
りんご	1.35							たまねぎ	1.80
たまねぎ	0.90							ゆず(汁)	1.80
								果実酢(りんご酢)	1.35
								白炒りごま	0.90
								【りんご(1/6個)】	
								りんご 個	35.70
								塩	0.00

2年2組 氏名：学務 なみすけ (卵)

2022年12月 1日 ~ 2022年12月31日

杉並小学校

0605改訂

食物アレルギー対応カード

12月 8日	杉並小学校	通常献立
2年2組	学務 なみすけ	
献立名		
※鶏ごぼうバーグ		
除去したアレルゲン		
卵		

食物アレルギー対応カード

12月 8日	杉並小学校	通常献立
2年2組	学務 なみすけ	
献立名		
かきたま汁		
除去したアレルゲン		
卵		

食物アレルギー対応カード

12月13日	杉並小学校	通常献立
2年2組	学務 なみすけ	
献立名		
※チンゲン菜としめじのスープ		
除去したアレルゲン		
卵		

食物アレルギー対応カード

12月14日	杉並小学校	通常献立
2年2組	学務 なみすけ	
献立名		
フィッシュフライサント(ホキ4・5・6)		
除去したアレルゲン		
卵		

食物アレルギー対応カード

12月15日	杉並小学校	通常献立
2年2組	学務 なみすけ	
献立名		
珍珠丸子（豆腐入り）		
除去したアレルゲン		
卵		

食物アレルギー対応カード

12月20日	杉並小学校	通常献立
2年2組	学務 なみすけ	
献立名		
りんごのヨーグルトケーキ(×0.6)		
除去したアレルゲン		
卵		

除去解除申請書(アレルギー疾患用)

杉並区立 _____ 学校校長 宛

_____ 年 _____ 組 _____ 氏名 _____

本児童（生徒）は、学校生活管理指導表に基づき、給食において除去していた食物アレルギーの原因食物（食物名： _____ ）について、医師の指導のもと、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（一部・全部／どちらかに○をつける）をお願いします。

指導を受けた医療機関名及び医師名： _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名 _____ (直筆サイン)

なお、一部解除のため、「学校生活管理指導表」を添えて提出します。

.....

学校記載欄

申請書受理日 令和 年 月 日
除去解除開始日 令和 年 月 日

確認者（サインまたは✓）

校長	副校長	担任教諭	養護教諭	栄養職員	調理職員

※全部解除の場合は、生活管理指導表の提出は不要です。

主治医宛お願い文(例)

令和 年 月 日

主治医 様

杉並区教育委員会

アレルギー疾患により学校給食における特定の食物の
除去解除（一部または全部）の申請に必要な情報提供のお願い

日ごろより、杉並区の教育活動にご協力いただきありがとうございます。

杉並区では、ご家庭からの申し出により、ご家庭においてアレルギー疾患で、特定の食物の摂取制限がなくなった場合には、「除去解除申請書（アレルギー疾患用）」（以下、「除去解除申請書」という）の提出により、保護者から相談や申し出を受け対応しております。

つきましては、お忙しい中大変恐縮ですが、アレルギー疾患で除去していた特定の食物について、これまで複数回摂取して症状が誘発されていない場合は、主治医の御指導のもと、下記のとおり、「一部除去解除」する場合は「学校生活管理指導表」の御作成、「全部除去解除」する場合は、除去解除する食物名について具体的に保護者へ御指導をお願いいたします。

なお、文書の御作成にあたっては、保険適用とならない場合、杉並区医師会会員の医療機関につきましては、一通につき3,000円以内の文書料としていただきたく合わせてお願いいたします。

記

【除去解除申請に必要な書類等】

1 アレルギー疾患で除去していた食物の一部のみ除去解除する場合

「学校生活管理指導表（食物アレルギー・アナフィラキシー）」の御作成をお願いいたします。

（保護者は、主治医の指導の下、「除去解除申請書」に除去解除（一部）に○を付け、解除となった食物名を記入します。）

2 アレルギー疾患で除去していた食物の全部を除去解除する場合

「学校生活管理指導表」の作成は不要ですが、主治医による保護者への「全部を除去解除する」旨の御指導をお願いします。

（保護者は、主治医の指導の下、「除去解除申請書」に除去解除（全部）に○を付け、解除となった食物名を記入します。）

【問い合わせ先】

杉並区教育委員会事務局 学務課保健給食係 直通電話 03-5307-0762

杉並区立〇〇学校 〇〇〇〇 電話 〇〇〇〇-〇〇〇〇

保護者お願い文(例)

令和 年 月 日

保護者 様

杉並区教育委員会

アレルギー疾患により学校給食における特定の食物の
除去解除（一部または全部）の申請について

日ごろより、杉並区の教育活動にご協力いただきありがとうございます。

杉並区では、アレルギー疾患を理由として、保護者からのご相談や申し出により、主治医による「学校生活管理指導表」の指示に基づき、学校給食において特定の食物の除去をしております。

ただし、これまで複数回摂取して症状が誘発されていない場合は、主治医の指導のもと、学校給食における除去の解除について、必要な書類の提出により「一部」または「全部」の除去解除を申請することができます。

つきましては、アレルギー疾患の児童生徒で特定の食物の「一部」または「全部」の除去解除を希望する場合には、主治医と御相談の上、下記のとおり必要な書類の御提出をお願いいたします。

なお、アレルギー疾患で食物の「一部」のみ除去解除する場合には、主治医に「学校生活管理指導表」のご作成をお願いしております。「学校生活管理指導表」の作成にあたっては、保険適用とならない場合は、杉並区医師会会員の医療機関については、一通につき3,000円以内の文書料が発生する場合がありますので御承知おきいただきたくお願いいたします。それ以外の医療機関については各医療機関にお問合せください。

記

【除去解除の申請に必要な書類】

1 アレルギー疾患で食物の「一部」の除去解除をする場合

必要書類：主治医が記入する「学校生活管理指導表（食物アレルギー・アナフィラキシー）」
保護者が記入する「除去解除申請書」

※「除去申請書」の一部解除に○を付け、一部解除となった食物名を記入してください。

2 アレルギー疾患で除去していた食物の「全部」の除去解除をする場合

必要書類：保護者が記入する「除去解除申請書」

※「除去解除申請書」の全部解除に○を付け、全部解除となった食物名を記入してください。

【問い合わせ先】

杉並区教育委員会事務局 学務課保健給食係 直通電話 03-5307-0386

杉並区立〇〇学校 〇〇〇〇 電話 〇〇〇〇-〇〇〇〇

除去申請書(アレルギー疾患以外の疾患)

杉並区立_____学校 校長宛

_____年 _____組 氏名_____

本児童（生徒）は、医師の診断に基づき、別添の診断書※のとおり、特定の食物（食物名：_____）について、除去が必要と指導があったため、学校給食において除去していただきますようお願いします。

学校生活においても次のとおりご配慮くださいますようお願いいたします。

【学校生活において配慮をお願いしたいこと】

指導を受けた医療機関名及び医師名：_____

令和 _____年 _____月 _____日

保護者氏名 _____(直筆サイン)

.....

学校記載欄

申請書受理日 令和 年 月 日

除去開始日 令和 年 月 日

確認者（サインまたは✓）

校長	副校長	担任教諭	養護教諭	栄養職員	調理職員

※アレルギー以外の疾患の場合は、在籍中 1 回の提出で有効とする。

疾病が治癒し除去が不要となった場合は、除去解除申請書の提出を求める。

主治医宛お願い文(例)

令和 年 月 日

主治医 様

杉並区教育委員会

学校給食における特定の食物の除去申請 (アレルギー疾患以外の疾患) に
必要な情報提供のお願い

日ごろより、杉並区の教育活動にご協力いただきありがとうございます。

杉並区では、保護者からの申し出により、家庭においてアレルギー疾患以外の疾患(疾病や服薬など)で、特定の食物の摂取制限がある場合には、「除去申請書(アレルギー疾患以外の疾患)」(以下、「除去申請書」という)の提出により、保護者から相談や申し出を受けて対応しております。

つきましては、お忙しい中大変恐縮ですが、アレルギー疾患以外の疾患により特定の食物の摂取制限がある場合には、除去する食物の内容や学校生活上の配慮が必要な点等について具体的にご教示いただきたく、下記のとおり「診断書」もしくは「情報提供書」等の御作成をお願いいたします。

なお、文書の御作成にあたっては、杉並区医師会会員の医療機関につきましては、一通につき3,000円以内の文書料としていただきたく合わせてお願いいたします。

記

【学校給食における特定の食物の除去申請に必要な書類】

アレルギー疾患以外の疾患(例:乳糖不耐症など)の場合は、次のとおりです。

主治医が作成する「診断書」または「情報提供書」等

保護者が記入する「除去申請書」

【問い合わせ先】

杉並区教育委員会事務局 学務課保健給食係 直通電話 03-5307-0386

杉並区立〇〇学校 〇〇〇〇 電話 〇〇〇〇-〇〇〇〇

保護者お願い文(例)

令和 年 月 日

保護者 様

杉並区教育委員会

学校給食における特定の食物の除去の申請（アレルギー疾患以外の疾患）について

日ごろより、杉並区の教育活動にご協力いただきありがとうございます。

杉並区では、アレルギー疾患以外の疾患を理由として、保護者からのご相談や申し出により、主治医による「診断書」等の指示に基づき、学校給食において特定の食物の除去に対応しております。

つきましては、アレルギー疾患以外の疾患の児童生徒で、学校給食において特定の食物（食品）の除去が必要な場合には、除去する食物（食品）の内容や学校生活上の配慮が必要な点等について、主治医とご相談の上、下記のとおり必要な書類のご提出をお願いいたします。

なお、「診断書」等の文書の作成にあたっては、杉並区医師会会員の医療機関につきましては、一通につき3,000円以内の文書料が発生する場合がありますので御承知おきいただきたくお願いいたします。それ以外の医療機関については各医療機関にお問合せください。

記

【除去申請に必要な書類】

アレルギー疾患以外の疾患で特定の食物（食品）の除去が必要な場合

必要書類：主治医が記入する「診断書」または「情報提供書」等が必要です。

主治医に「診断書」または「情報提供書」等の作成をお願いしてください。

保護者が「除去申請書」に診断名と除去する必要がある食物名を記載してください。

【問い合わせ先】

杉並区教育委員会事務局 学務課保健給食係 直通電話 03-5307-0762

杉並区立〇〇学校 〇〇〇〇 電話 〇〇〇〇-〇〇〇〇

除去解除申請書(アレルギー疾患以外の疾患)

杉並区立 _____ 学校校長 宛

_____ 年 _____ 組 氏名 _____

本児童（生徒）は、医師の診断に基づき、給食において除去していた特定の食物（食物名： _____）について、医師の指導のもと、疾病が治癒したため、学校給食における除去解除（一部・全部）をお願いします。

指導を受けた医療機関名及び医師名： _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名 _____ (直筆サイン)

なお、一部解除のため、「診断書」または「情報提供書」を添えて提出します。

.....

学校記載欄

申請書受理日 令和 年 月 日
除去解除開始日 令和 年 月 日

確認者（サインまたは✓）

校長	副校長	担任教諭	養護教諭	栄養職員	調理職員

※全部解除の場合は、「診断書」等の提出は不要です。

主治医宛お願い文(例)

令和 年 月 日

主治医 様

杉並区教育委員会

学校給食における特定の食物の除去解除の申請（アレルギー疾患以外の疾患）に
必要な情報提供のお願い

日ごろより、杉並区の教育活動にご協力いただきありがとうございます。

杉並区では、疾患が治癒したことにより、特定の食物の摂取制限がなくなった場合には、「除去解除申請書（アレルギー疾患以外の疾患）」（以下、「除去解除申請書」という）の提出により、保護者からの相談や申し出を受けて除去解除の対応しております。

つきましては、お忙しい中大変恐縮ですが、疾患により除去していた特定の食物について、疾患が治癒し、これまで複数回摂取して症状が誘発されていない場合は、主治医の御指導のもと、下記のとおりご対応をお願いいたします。

なお、文書の御作成にあたっては、杉並区医師会会員の医療機関の場合は、一通につき3,000円以内の文書料とさせていただきますたく合わせてお願いいたします。

記

【除去解除申請に必要な書類】

1 疾患により除去していた食物の **一部**のみ除去解除する場合

主治医が記入する「診断書」もしくは「情報提供書」等の御作成をお願いいたします。

保護者が「除去申請書」に一部解除に○を付け、一部解除となった食物を記入しますので、保護者への御指導をお願いいたします。

2 疾患により除去していた食物の **全部**を除去解除する場合

主治医から保護者へ「治癒」した旨の御指導をお願いします。「診断書」等は不要です。

保護者は、主治医の指導の下、「除去申請書」に全部解除に○を付け、全部解除となった食物を記入します。

【問い合わせ先】

杉並区教育委員会事務局 学務課保健給食係 直通電話 03-5307-0386

杉並区立〇〇学校 〇〇〇〇 電話 〇〇〇〇-〇〇〇〇

保護者お願い文(例)

令和 年 月 日

保護者 様

杉並区教育委員会

学校給食における特定の食物の除去解除の申請（アレルギー疾患以外の疾患）について

日ごろより、杉並区の教育活動にご協力いただきありがとうございます。

杉並区では、アレルギー疾患以外の疾患を理由として、保護者からのご相談や申し出により、主治医による「診断書」の指示に基づき、学校給食において特定の食物の除去をしております。

ただし、疾患が治癒し、これまで複数回摂取して症状が誘発されていない場合は、主治医の指導のもと、学校給食における特定の食物の除去の解除について、必要な書類の提出により一部または全部の除去解除を申請することができます。

つきましては、児童生徒で疾患の治癒により特定の食物の除去解除を希望する場合には、主治医と御相談の上、下記のとおり必要な書類の御提出をお願いいたします。

なお、文書の作成にあたっては、杉並区医師会会員の医療機関につきましては、一通につき3,000円以内の文書料が発生する場合がありますので御承知おきいただきたくお願いいたします。それ以外の医療機関については各医療機関にお問合せください。

記

【除去解除の申請に必要な書類】

1 疾患により除去していた食物の 一部のみ除去解除する場合

主治医が記入する「診断書」または「情報提供書」等が必要です。

主治医に「診断書」または「情報提供書」等の作成をお願いしてください。

保護者が「除去申請書」に一部解除に○を付け、一部解除となった食物を記入してください。

2 疾患により除去していた食物の 全部を除去解除する場合

主治医から「治癒」した旨の指導を受けてください。「診断書」等は不要です。

保護者は、主治医の指導の下、「除去申請書」に全部解除に○を付け、全部解除となった食物を記入してください。

【問い合わせ先】

杉並区教育委員会事務局 学務課保健給食係 直通電話 03-5307-0386

杉並区立〇〇学校 〇〇〇〇 電話 〇〇〇〇-〇〇〇〇

保護者 様

杉並区立〇〇小学校
校長 〇〇 〇〇

宿泊行事に伴うアレルギー確認事項

このアンケートは、〇〇移動教室に向けての食物や動物アレルギーに関する確認事項です。
アレルギーのある・なしに関わらず、全員提出でお願い致します。〇月〇日（〇曜日）までに、
学校へご提出ください。

年 組	児童氏名	
	保護者氏名	

記入日

令和 年 月 日

1 食物アレルギーについて

(1) 食物アレルギーはありますか。(〇を付けてください。) ある ・ ない

「ある」と答えた方のみご回答ください。

アレルギーのある食品別に、症状と対応策をご記入ください。

アレルギー食品名	症状	症状が出た時の対応	宿泊時の食事対応
例) ナッツ類	<u>かゆみ</u> ・嘔吐・下痢 <u>じんましん</u> 呼吸困難・アナフィラキシー その他 ()	目薬を一滴ずつ点眼 処方薬（アレロック） を1錠飲む	<u>該当食物除去</u> 該当食物の代替え 対応必要なし
	かゆみ・嘔吐・下痢・じんましん 呼吸困難・アナフィラキシー その他 ()		該当食物除去 該当食物の代替え 対応必要なし
	かゆみ・嘔吐・下痢・じんましん 呼吸困難・アナフィラキシー その他 ()		該当食物除去 該当食物の代替え 対応必要なし
	かゆみ・嘔吐・下痢・じんましん 呼吸困難・アナフィラキシー その他 ()		該当食物除去 該当食物の代替え 対応必要なし
	かゆみ・嘔吐・下痢・じんましん 呼吸困難・アナフィラキシー その他 ()		該当食物除去 該当食物の代替え 対応必要なし
	かゆみ・嘔吐・下痢・じんましん 呼吸困難・アナフィラキシー その他 ()		該当食物除去 該当食物の代替え 対応必要なし

(2) その他食物アレルギーに関して伝えておいた方がよいことがありましたらご記入ください。

2 動物等のアレルギーについて

- (1) 例年の〇〇移動教室では、磯観察に行っています。そこでは海の生き物と触れ合う可能性
があります。お子さんに、磯観察で配慮事項がありますか。 ある ・ ない
「ある」と答えた方のみご回答ください。

アレルギーがある水生動物・植物名と症状、対応策をご記入ください。

アレルギーがある 水生動物・植物名	症状	症状が出た時の対応
	かゆみ・嘔吐・下痢・じんましん 呼吸困難・アナフィラキシー その他（ ）	
	かゆみ・嘔吐・下痢・じんましん 呼吸困難・アナフィラキシー その他（ ）	
	かゆみ・嘔吐・下痢・じんましん 呼吸困難・アナフィラキシー その他（ ）	

- (2) 〇〇動物・植物公園に行いきます。そこでは動物や植物と触れ合う可能性があります。
お子さんに、〇〇公園で配慮事項がありますか。 ある ・ ない
(裏面をご参照ください。)
「ある」と答えた方のみご回答ください。

アレルギーがある動物・植物名と症状、対応策をご記入ください。

アレルギーがある 動物・植物名	症状	症状が出た時の対応
	かゆみ・嘔吐・下痢・じんましん・ 呼吸困難・アナフィラキシー その他（ ）	
	かゆみ・嘔吐・下痢・じんましん・ 呼吸困難・アナフィラキシー その他（ ）	
	かゆみ・嘔吐・下痢・じんましん・ 呼吸困難・アナフィラキシー その他（ ）	

- (3) その他動物等のアレルギーに関して伝えておいた方がよいことがありましたらご記入ください。

--

〇〇〇保護者の皆様

杉並区立〇〇小学校
校長 〇〇 〇〇**食を伴う活動（〇〇における調理・摂食）における確認事項について**

日頃は本校の教育に御理解と御協力ありがとうございます。

さて、このたび〇〇の授業(または活動)において下記の通り調理・摂食を行う予定であります。

つきましては、アレルギー等の確認をしていただき、**除去等の配慮の有無に関わらず全員、〇月〇日まで**に担任に御提出していただければと思います。よろしくお願いいたします。

記

1 活動日時 〇月〇日〇校時 教科： 单元名

2 献立名

3 使用材料

加工食材名	商品名	主な源材料
例) バニラアイス	スーパーカップ (〇〇食品)	乳製品、卵黄、水あめ、食塩、香料、砂糖…
例) チョコチップ	チョコチップ (△△食品)	カカオマス、砂糖、ココアバター、全粉乳…
その他の食材名	バナナ、いちご、・・・	

*原則として、学校での代替え食材はご用意していません。

問い合わせ先 杉並区立〇〇小学校
担当 〇〇 〇〇

キ リ ト リ

〇〇における調理・摂食の確認事項**全員提出**

〇年〇組 児童氏名

保護者氏名

1 下記の①～③に当てはまるものに☑をつけてください。

- ☐①配慮事項はありません。活動に参加させます。 ➡ 質問は終わりです。
☐②除去等の対応が必要です。 ➡ 質問2へ
☐③活動には参加せず、見学させます ➡ 質問2へ

2 ②③にチェックをされた方のみお答えください。

- (1) 除去が必要な食材名 []
(2) その他の具体的対応策の希望 (③該当の方は理由等をご記入ください)

*必要に応じて、対応についてご連絡させていただくことがあります。

様式その2

事故報告に関する様式

事故情報の報告用メール送信票

【教育人事・指導課使用欄】※6項目中一つ該当すれば右の報告を行う。			□ 危機管理室への送付
□ 施設上の瑕疵	□ 救急車による搬送	□ 教職員の監督不行	
□ 交通事故	□ 加害者の関わり	□ 警察との関わり	

- (1) 電話 ●アレルギーの疑い ⇒保健給食係に連絡(03-5307-0762)
 ○アレルギーの疑い以外 ⇒学校問題対応支援係に連絡(03-5307-0365)

- (2) Star Office メール 本データを次の3か所(子供園は5か所)に送信

タイトル:【〇〇(小・中・園)】事故情報の報告

① 教育人事・指導課	学校問題対応支援係	学校危機管理対応アドレス(学校危機管理 対応)
② 学務課	保健給食係	アドレス(保健給食 係)
③ 庶務課	組織	アドレス(教育 庶務課)

※子供園のみ、以下のアドレスにも送信

④ 保育課	組織	アドレス(保育 課)
⑤ 就学前教育支援センター	組織	アドレス(就学前教育 支援センター)

送信者 所属 () 職名 () 氏名 ()

B 幼児・児童・生徒の事故情報の報告			
1 被害(負傷)の状況	アレルギー ・ 骨折 ・ 脱臼 ・ 打撲 ・ 切傷 ・ 裂傷 ・ 出血 その他 ()		
2 発生日時	令和 年 月 日 () 時 分頃		
3 発生場所			
4 事故の種類	管理下	交通事故・校内事故(授業中・休み時間・登下校中・その他)	
	管理外		
5	当事者名(メール時空欄)	年組	保護者名(メール時空欄)
		3年3組	
6 発生の状況			
7 対応措置			
8 校(園)長の所見、安全指導・安全管理			
9 報道関係(取材)	無 ・ 有 () ※有の場合は、広報課フォームに入力し送付		
10 区教委の指導			
11 報告書(様式3)	月 日 提出予定	教育委員会第1報受信者氏名 ()	

- (3) 交換便 様式2を送信後、様式3「幼児・児童・生徒の事故報告」は1か月を目途に、
 教育人事・指導課 学校問題対応支援係に送付

杉並区教育委員会 宛

杉並区立

学校（園）長

公印

幼児・児童・生徒の事故報告（管理下・管理外）

このことについて、下記のとおり報告します。

記

1	件 名				
2	発 生 日 時	令和 年 月 日（ ） 時 分			
3	発 生 場 所				
4	当事者名	年組	保護者名	住所	
5	発 生 の 状 況				
発 生 時	ア 授業中 イ 学校行事中 ウ 休み時間中 エ 登下校時 オ 部・クラブ活動時 カ その他（ ） キ 管理外				

6 対応措置	
7 被害の状況	
8 校(園)長の 所見 ・今後の見通し ・保護者等の動 向など	
9 報道関係 (取材)	無 ・ 有 ()
10 区教委への 連絡	月 日 時 分 学校発信者 区教委受信者

【留意事項】

- (1) 2部(原本1部、写1部)作成。へ提出する。
写は学校控用。また、不法侵入、器物破損、火災等で警察や消防、警備会社等を要請した場合は、写をもう1部作成し庶務課に1部(写)を提出する。
- (2) 3・5について、裏面に見取り図を記入する。
- (3) 3～9については詳細が必要な場合、別紙または資料を添付する。
 - ・ 校外の事故の場合は、必要に応じて発生場所の分かる地図を添付する。
 - ・ 交通事故については、発生場所の分かる地図を必ず添付する。
- (4) 5・6については、時系列にそって簡潔かつ具体的に記入する。
- (5) 必要に応じて続報の提出を行う。
- (6) 授業中の事故については、当該授業に関する指導計画及び週案の写しを提出する。

見 取 り 図

アレルギー事故聴き取りメモ（学務課控え）

1 学校名	学校		2 連絡受付時間		月 日 時 分	
			3 連絡者 (役職・氏名)			
4 事故 発生日時	年 月 日		曜日		時 間	
	令和 年 月 日		()		時 分	
5 児童 生徒	名 前 (漢字・ふりがな)		年 組		性 別	
			年 組			
6 アレルギー 症状の 有無等	管理指導票 提出(有無)	アレルギー食材等	エピペン 所持(有無)	エピペン 使用(有無)	内服薬処方 及び服用 (有無)	ホトライフ 使用(有無)
					処方 服用	
7 主な症状			8 給食献立 (原因と思 われる場合)			
9 病院等 受診時 (手段・付添者)	病院名 (主治医等)	付添者 (養護教諭、担任 等)	手 段 [救急車・タクシー等]		10 保護者 連 絡	時 間
						誰 が 誰 に
11 対応と 経 過 (時系列)						
12 連 絡 受付職員	学務課保健給食係					

<関連通知>

- ・「学校における食物アレルギー対応について（通知）」
東京都教育委員会教育長 平成 28 年 3 月 31 日付 27 教地義第 1624 号通知
- ・「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改訂について（通知）」
文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課 令和 2 年 4 月 30 日付 事務連絡
- ・「保健医療機関が交付するアレルギー疾患に係る学校生活管理指導表の保険適用について」
文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課 令和 4 年 4 月 1 日付 事務連絡
- ・「杉並区立学校・子供園における危機管理対応に係る情報等の報告方法の変更について（通知）」
済美教育センター 令和 5 年 6 月 23 日付 5 杉教第 3053 号通知

<参考資料>

- ・「学校給食における食物アレルギー対応指針」 【文部科学省 平成 27 年 3 月発行】
- ・「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン《令和元年度改訂》」
【公益財団法人 日本学校保健会 令和 2 年 3 月発行】
- ・「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン 2019 年改訂版」 【厚生労働省】
- ・「ぜん息予防のためのよくわかる食物アレルギー対応ガイドブック 2021 改訂版」
【独立行政法人 環境再生保全機構】
- ・「食物アレルギーの診療の手引き 2020」 【厚生労働科学研究班 研究開発代表者：海老澤元宏】
- ・「食物アレルギー診療ガイドライン 2021」
【一般社団法人日本小児アレルギー学会 食物アレルギー委員会】
- ・「食物アレルギーの栄養食事指導の手引き 2022」 【厚生労働科学研究班 研究代表者：海老澤元宏】
- ・「アレルギー物質を含む加工食品の表示ハンドブック」令和 5 年 3 月作成 【消費者庁】
- ・「学校給食における食物アレルギー対応役割分担上の注意点」
【東京都教育庁 地域教育支援部義務教育課】
- ・「食物アレルギー緊急時対応マニュアル 2022 年 1 月版」 【東京都教育委員会】
- ・「緊急時（アナフィラキシー発症）時の対応について～ガイドライン補足～」 【東京都教育委員会】
- ・「緊急時対応カード（対応チェックシート・記録用紙）」 【東京都教育委員会】

「区立学校におけるアレルギー対応の手引き」改訂作業検討会委員
(令和4年度～令和5年度)

◎	小澤 伸生	馬橋小学校校長
◎	松尾 了	天沼中学校校長
	中野 眞美	井荻小学校養護教諭
	竹川 優子	高井戸東小学校養護教諭
	宮下 恵子	泉南中学校養護教諭
	中村 藍	和泉中学校養護教諭
	細川 聖子	井草中学校養護教諭
	塩畑 伸恵	向陽中学校養護教諭
	渡會 貴子	方南小学校栄養士
	峯岸 美野里	桃井第二小学校栄養士
	遠藤 年子	高井戸中学校栄養士
	原 和亮	杉並第九小学校調理技能長
	下岡 晋也	杉並第一小学校調理技能長
	尾股 一孝	済美養護学校調理技能長
	都木 求枝	済美教育センター指導主事
	三浦 哲	済美教育センター指導主事
	渡邊 裕子	済美教育センターSAT
[事務局]		
	松下 美穂子	学務課長
	内野 浩二郎	学務課保健給食係長
	古谷 英之	学務課保健給食係長
	齋藤 夕子	学務課児童健康支援担当係長
	江口 敏幸	学務課保健給食係栄養教諭・荻窪小学校栄養教諭
	石井 理恵子	学務課保健給食係栄養士
	北川 菜月	学務課保健給食係栄養士
	松澤 和	学務課保健給食係栄養士
	東澤 真帆	学務課保健給食係栄養士
	高橋 恭子	学務課保健給食係栄養士
	梁木 直子	学務課保健給食係栄養士

◎：統括

杉並区立学校におけるアレルギー対応の手引き

令和5年9月 発行

編集・発行

杉並区教育委員会事務局学務課保健給食係

〒166-8570 杉並区阿佐谷南一丁目15番1号

電話：03-3312-2111（代表）

FAX：03-5307-0692

＊この印刷物は庁内印刷し帳合したものです。