

第1章

食物アレルギーを有する児童生徒への対応

この章では、関係者それぞれの役割と学校における食物アレルギー対応の流れを示しています。

実態把握、食物アレルギー対応委員会の開催により、個別の取り組みプランを作成し、全職員で対応することが重要です。

1 学校における食物アレルギー対応の基本的な考え方

学校において食物アレルギーを有する児童生徒への対応を適切に行うためには、まず全教職員が食物アレルギーやアナフィラキシーについて正しい知識を持つことが重要です。その上で、学校はその児童生徒の情報を正しく収集し、それぞれの児童生徒に合わせた「食物アレルギー個別取組プラン」を作成するとともに、誤食などによる緊急時の対応における体制を整えておく必要があります。

学校における食物アレルギー対応の基本的な考え方

- 1 個々の児童生徒の症状等の特徴を把握する。
- 2 児童生徒の状態をふまえた上で、学校生活での留意点を明確にする。
- 3 学校関係者（校長等管理職・担任・保健主事・養護教諭・栄養教諭等）・学校医・保護者・主治医・関係機関（給食調理場、消防機関等）との連携・協力のもと、緊急時の対応・体制を整備する。

食物アレルギーを有する児童生徒は、アレルギー症状の強さや原因食物（アレルゲン）の種類や数がそれぞれ異なるため、アレルギー対応給食や学校生活の管理、緊急時における対処法も異なります。

そのため、各学校においては、食物アレルギーを有する児童生徒一人一人の学校生活をより安心して安全なものとするため、校長のリーダーシップのもと、児童生徒の症状や特徴、学校生活における留意点等について共通理解を図り、組織で対応する体制を整備することが求められています。

具体的には、学校と保護者、主治医が綿密な連絡を取り、「食物アレルギーに関する調査」及び「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」を基に、「校内食物アレルギー対応委員会」において、それぞれの児童生徒に合わせた取組みプランの作成と、緊急時対応の体制を確認します。全教職員が、校長の指導のもと、食物アレルギー対応について共通理解を図り、それぞれの職務に応じて積極的に連携・協力していくことが重要です。

2 県・市町村教育委員会等が取るべき対応

(1) 県教育委員会が取るべき対応

- ①県におけるアレルギー対応の基本方針策定と周知・指導
- ②学校における食物アレルギー対応委員会設置の推進
- ③教育委員会職員や教職員への啓発、研修会の実施・支援（役割に応じた研修会実施）
- ④医療機関（医師会）及び消防機関との連携体制構築
- ⑤市町村・学校の対応状況及び問題点の把握とフォローアップ

(2) 市町村教育委員会等が取るべき対応

- ①学校におけるアレルギー対応の方針策定と周知・指導
（学校の設置者としての責務と役割）
- ②学校における食物アレルギー対応委員会設置の推進
- ③教育委員会職員や教職員への啓発、研修会の実施・支援
- ④医師会・消防機関との連携主導・仲介
- ⑤適切な人員配置と施設設備の充実
- ⑥学校の対応状況及び問題点の把握とフォローアップ、必要な支援と修正
- ⑦ヒヤリハット・事故情報の集約とフィードバック
- ⑧保護者に対し、専門医療機関や食物アレルギー対応に関する情報提供

3 学校・調理場が取るべき対応

(1) 学校が取るべき対応

- ①アレルギー対応に関する方針策定（管理者としての危機管理：文部科学省や教育委員会の方針遵守、学校生活管理指導表および取り組みガイドラインに基づいた方針）
- ②食物アレルギー対応委員会の設置
- ③教職員の役割の明確化（各職種における役割）
- ④対応環境（人員、施設設備）の整備
（献立内容や献立表等の配慮、給食誤配防止のチェック強化）
- ⑤緊急時対応体制の整備と訓練（実践可能なマニュアルの作成と校内体制の整備）
- ⑥学校教職員への啓発と役割分担
- ⑦保護者・他校との連携、学校医や医師会・消防機関との連携
- ⑧研修会の実施（エピペン[®]の演習を取り入れた実践的な研修の実施）
- ⑨ヒヤリハット・事故情報の報告

(2) 調理場が取るべき対応

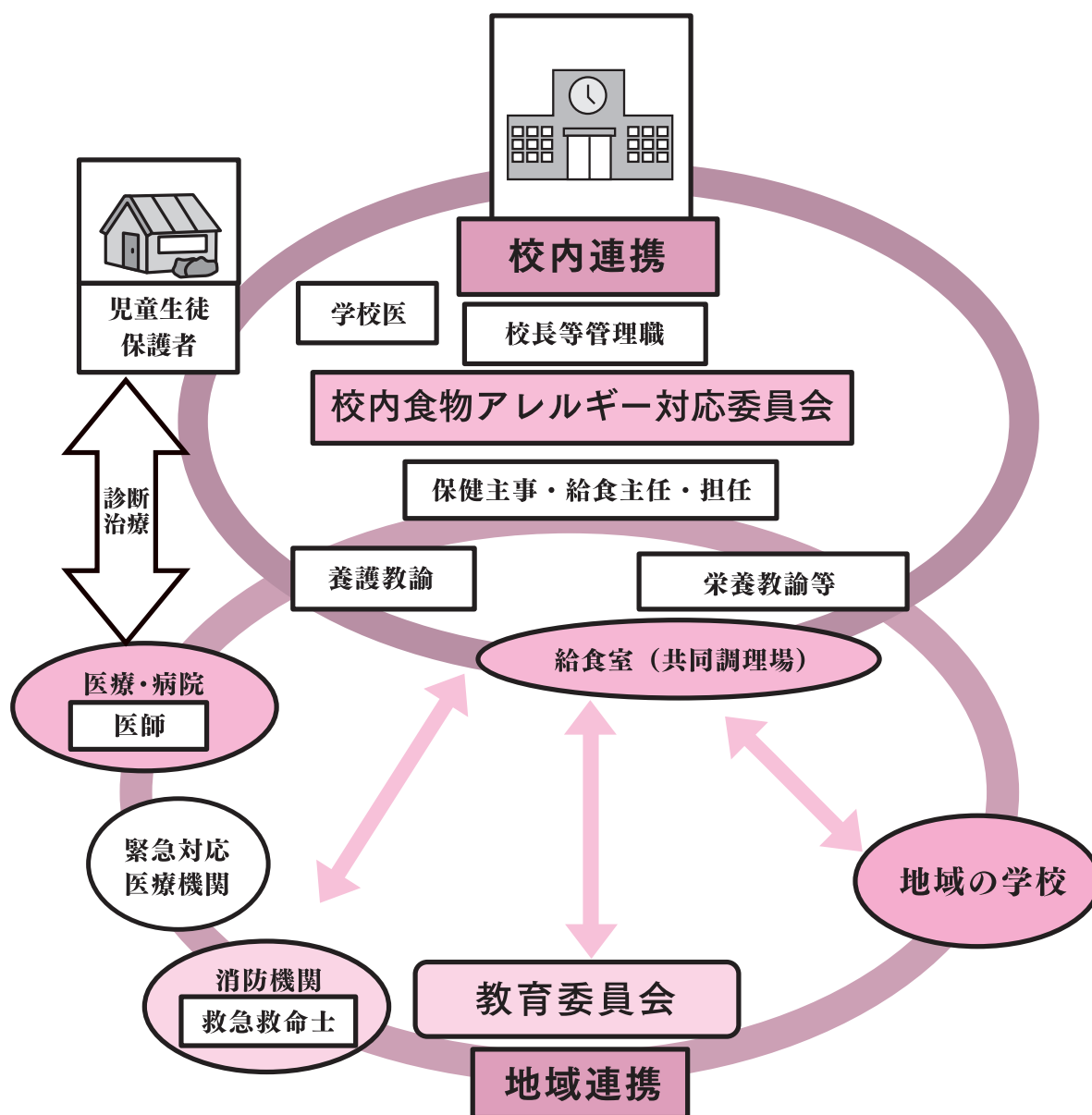
- ①安全な給食を提供するための環境整備（人員、施設設備）
- ②調理場職員への啓発と研修
- ③学校との連携（正確な情報共有と対応の確認）

4 校内食物アレルギー対応委員会と各委員の役割

校長の指導のもと、食物アレルギー対応が必要な児童生徒のために、校内に食物アレルギー対応委員会等を組織し、学校の実情に応じて、教職員が積極的に連携・協力して対応できる体制を整備しておくことが重要です。

「食物アレルギー対応委員会」は、教職員の役割を明確にした「食物アレルギー個別取組プラン」を作成するとともに、その内容を全教職員に周知し、緊急時に備えて学校全体の取り組みを推進します。

また、医療機関、消防機関及び教育委員会等との連携を図るための体制整備を行う役割も担っています。



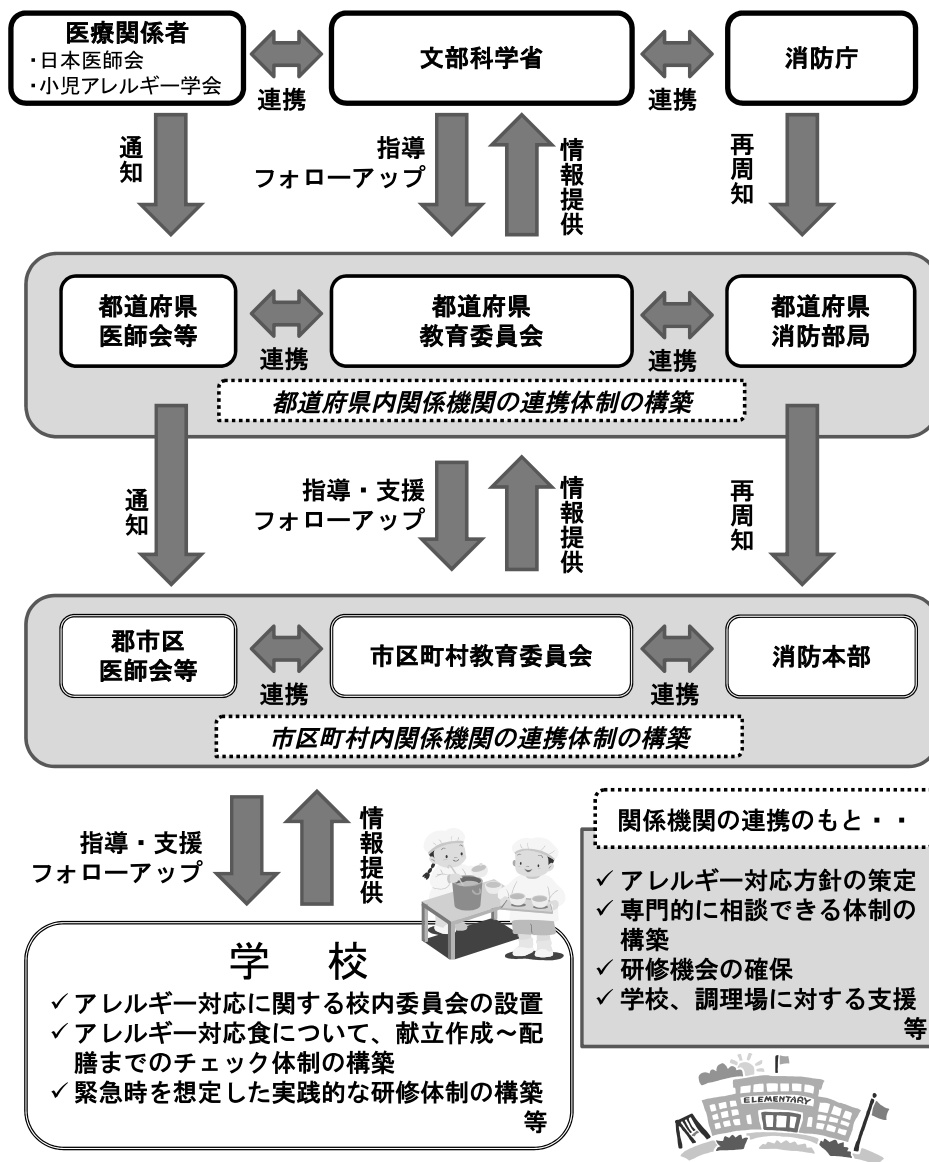
(参考) 茨城県教育委員会「学校における食物アレルギー対応の手引き」

校内食物アレルギー対応委員会における各委員の役割

校長等	<ul style="list-style-type: none"> ・全教職員がアレルギー症状や対応について共通理解が図れるように指導する。 ・保護者との面接の際、学校としての基本的な考え方等を説明する。 ・アレルギー対応委員会を設置する。 ・市町村の基本的な対応方針を確認するとともに、緊急時に備えて教職員および関係機関（教育委員会、消防等）と協議し、対応を決定する。
保健主事	<ul style="list-style-type: none"> ・学校長の指導のもと、校内の関係職員と連携して食物アレルギー対応委員会を開催する。 ・食物アレルギーを有する児童生徒の実態を把握し、全教職員による体制を構築する。
給食主任	<ul style="list-style-type: none"> ・食物アレルギーについての正しい知識を持つ。 ・保護者との面談を行い、学校生活上の留意点や緊急時の対応、連絡先等を確認する。 ・食物アレルギーを有する児童生徒の実態を把握し、「食物アレルギー個別取組プラン」を立案する。 ・献立の内容、食物アレルギーを有する児童生徒への詳細な献立表の配布等、共同調理場・給食センターの栄養教諭・学校栄養職員との連絡調整を図る。
学級担任	<ul style="list-style-type: none"> ・保護者の申し出や調査票等により、食物アレルギーを有する児童生徒を把握する。 ・養護教諭や栄養教諭等とともに保護者との面談日時を調整し面談を行い、学校生活上の配慮点や緊急時の対応、主治医や保護者の連絡先等を確認する。 ・学校における対応について保護者に連絡し、内容を確認して対応について同意を得る。 ・給食時間は、誤配・誤食を予防するために、決められた確認作業を確実に行う。 ・食物アレルギーを有する児童生徒が給食当番を行う際には、原因食物に触れることがないように配慮する。 ・原因食物の除去に関しては、当日の献立・使用食品および児童生徒が確実に除去したことを確認する。 ・誤食に気づいた時や食後体調の変化を感じた時は、すぐに申し出るように指導する。 ・食物アレルギーについて正しく理解できるように指導を行い、偏見や冷やかし等が生じないように配慮する。 ・食物アレルギーを有する児童生徒が、安全で楽しい給食時間を過ごせるように配慮する。
養護教諭	<ul style="list-style-type: none"> ・食物アレルギーを有する児童生徒の実態を把握し、保護者および全教職員で連携を図る。 ・必要に応じて、「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の提出を依頼し、医師の指示に基づいた「食物アレルギー個別取組プラン」の作成を推進・立案する。 ・保護者との面談および主治医や学校医との連携を図り、緊急時対応（応急処置や連絡先等）や生活上の配慮点を確認する。 ・食物アレルギーについての正しい知識を教職員に周知する。 ・緊急時の対応や、主治医や保護者の連絡先等、保護者からの情報を教職員に伝える。
栄養教諭 学校栄養職員	<ul style="list-style-type: none"> ・食物アレルギーについての正しい知識を持ち、給食献立の情報を保護者に提供する。 ・担任・養護教諭等とともに、保護者と連携した日常的な取り組みについて定期的に確認する。 ・個別面談を決められた者と一緒に行い、原因食物や症状および家庭での状況等を把握するとともに、「食物アレルギー個別取組プラン」を立案する。 ・学校給食で対応できる内容に関係職員と十分に調整し、校長および共同調理場長に報告する。 ・給食調理員等と調理作業の綿密な打ち合わせを行う。混入や誤配がないようにアレルギー対応を行い、作成した作業工程表・作業動線図を確認する。 ・給食を通じた食物アレルギーに対する食事全般の指導について教職員や保護者に伝える。

給食調理員	<ul style="list-style-type: none"> 食物アレルギーについて正しい知識を得るとともに、食物アレルギーを有する児童生徒の実態を理解する。 学校給食でできる対応について、関係職員と共通理解を図る。 食物アレルギー対応委員会の決定事項に基づいた調理法について検討する。 混入・誤配がないように、栄養教諭・学校栄養職員と調理作業について詳細な打ち合わせを行い、作業工程表・作業動線図を確認し、安全かつ確実に調製作業にあたり、適切な給食を提供する。
学校医 主治医	<ul style="list-style-type: none"> 食物アレルギーについて教職員が正しく理解できるように指導・助言を行う。 校内研修において、緊急時のシミュレーションを実施する際の指導・助言を行う。 必要に応じて、食物アレルギー対応委員会に出席する。

今後の学校における食物アレルギー対応推進体制

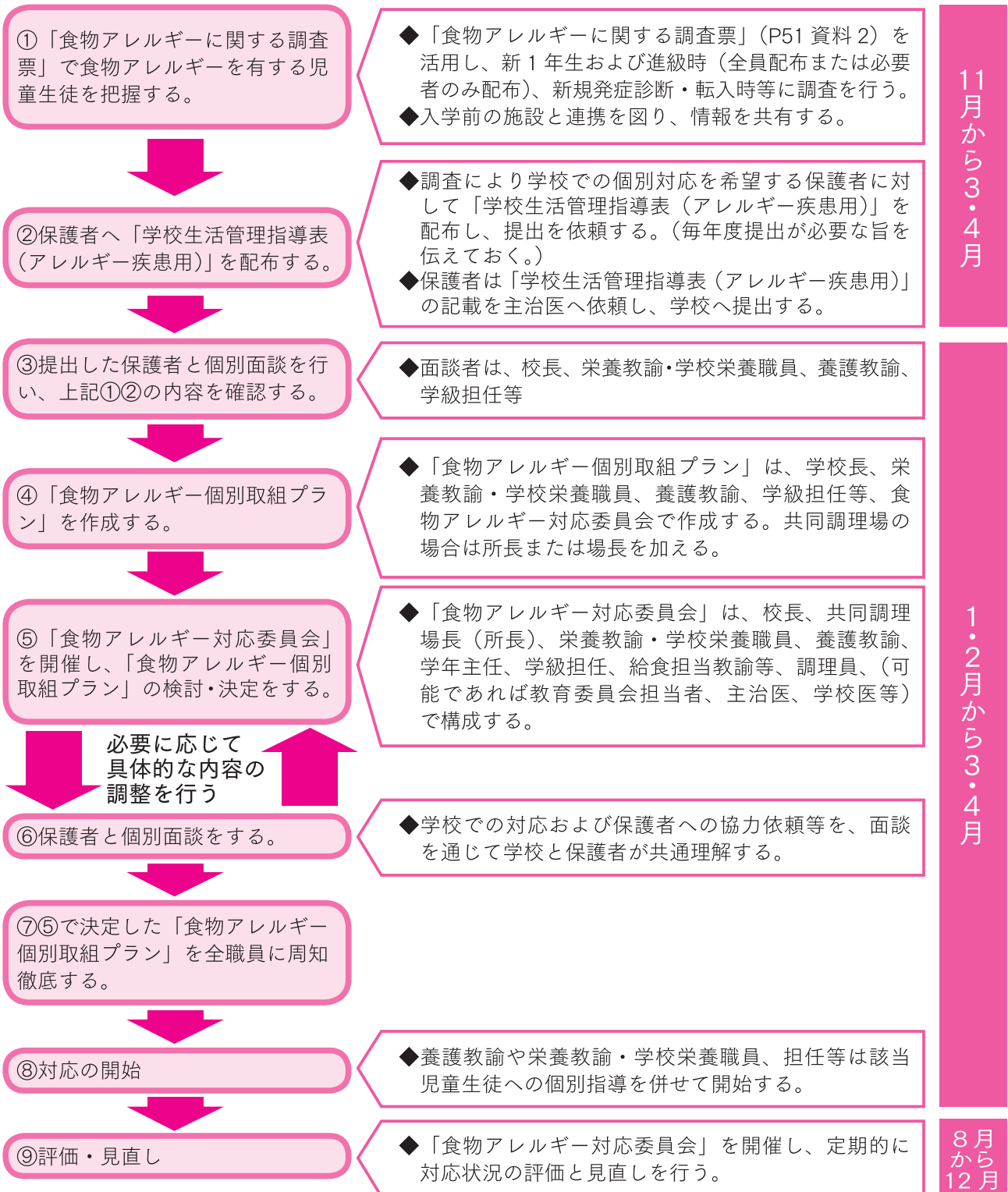


文部科学省「今後の学校における食物アレルギー対応推進体制」（参照 2015/2/20）
http://www.mext.go.jp/b_menu/hakusho/nc/_icsFiles/afieldfile/2014/03/27/1345963_1.pdf

5 学校における食物アレルギー対応の流れ

個別の対応を行うため、まず食物アレルギーの実態を把握し、食物アレルギー対応委員会で個別の取り組みプランを作成します。保護者と共通理解を図り、了承を得た上で対応を実施します。行事前の調査で抽出された場合や、年度途中で新たな発症があった場合もこの流れに沿って対応します。

実態把握から取り組みまでの流れ（実施時期は入学を契機とした例）



< 「食物アレルギー個別取組プラン」 について >

個別の取り組みプランについては、ガイドラインに次のとおり記載されています。

下記参考様式「食物アレルギー個別取組プラン」を参考に、各学校の実情に合わせて作成してください。

「食物アレルギー個別取組プラン」は、個々の児童生徒に対して必要な取り組みを学校の実情に即して行うために、学校が立案し保護者と協議し決定するもので、以下の内容が含まれるものと考えられます。

- (1) アレルギー疾患のある児童生徒への取り組みに対する学校の考え方
- (2) 取り組み実践までの流れ
- (3) 緊急時の対応と体制
- (4) 個人情報の管理および教職員の役割分担
- (5) 具体的な取り組み内容（個々の児童生徒で異なる内容）

上記の(1)～(4)は学校ごとに決定される内容、(5)は「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」に基づき個々の児童生徒ごとに作成される内容です。「食物アレルギー個別取組プラン」は各学校の実情に合わせて作成してください。

【参考様式】

食物アレルギー個別取組プラン（案・決定）						
記入日 平成 年 月 日 協議日 平成 年 月 日						
確認者	校長	教頭	栄養教諭 栄養職員	養護教諭	担任	
印						
学年・組	氏名	性別	生年月日		保護者氏名	
年組		男・女	平成 年 月 日（ 歳）		印	
I						
原因食物						
鶏卵	牛乳・乳製品	小麦	そば	ピーナッツ	種実類・木の实（ ）	甲殻類（エビ・カニ）
果物類（ ）	魚類（ ）	肉類（ ）	その他1（ ）		その他2（ ）	
II						
食物アレルギー病型						
即時型	口腔アレルギー症候群		食物依存性運動誘発アナフィラキシー			
III						
アナフィラキシー病型						
食物によるアナフィラキシー		食物依存性運動誘発アナフィラキシー		その他		
原因食品		原因食品				
* I～IIIは、医師が作成するアレルギー疾患用学校生活管理指導表を基に、○印及び原因食品を記入すること。						
学校給食の対応に○印をつけてください。（人員や設備の充実度、作業ゾーンなどの状況に応じて対応を検討すること。）						
レベル1 （詳細な献立表対応）		レベル2 （弁当対応）		レベル3 （除去食対応）		レベル4 （代替食対応）
学校での配慮	給食		チェック項目			
			給食の選択について			
			除去する食品や内容について			
	食物・食材を扱う活動・授業		微量の摂取・接触による発症防止について			
	運動（体育・部活動など）		運動誘発アナフィラキシー			
			食物依存性運動誘発アナフィラキシー			
宿泊を伴う校外活動		事前に確認すること				
		持参薬について				
緊急時に備えての持参薬やエビベンについて		管理方法				
エビベン使用（有 無）		保管場所				
<緊急連絡先>						
(1) 通院している医療機関 () → 密: ()						
(2) 保護者連絡先① () → 密: ()						
保護者連絡先② () → 密: ()						

②保護者押印後、校内関係者（適宜設定）が確認。

①担当者が案を作成し、「食物アレルギー対応委員会」で検討。保護者と面談し、共通理解の上で、保護者が押印。

③保護者面談等により、配慮事項を詳細に把握し、可能な対応を具体的に記入。

④通院している医療機関を記入。緊急時の搬送先は救急隊へ一任することを保護者へ説明。

(1) 食物アレルギーに関する調査について

①目的

食物アレルギーを有し、学校生活における配慮・管理を必要とする児童生徒を事前に把握するため、学校から保護者へ「食物アレルギーに関する調査票」(以下「調査票」)の記入を依頼します。

※本調査票は、基本的に単年度の使用を想定していますが、各学校および各市町村での給食対応の実情により、各学校間で引き継いで使用することができます。

②使用にあたっての留意事項

ア 調査時期

- ・就学時は就学前調査時
- ・就学時以外は、毎年度当初(毎年、全員について調査する。)
- ・転入時
- ・新たに食物アレルギー疾患を発症した時

イ 調査票

- ・調査票の質問項目は、資料2(P51～P52)記入例はP11のとおり。(A4両面印刷)
- ・各学校および市町村等における実情に合わせ、必要な項目を追加して使用する。
- ・質問8「給食レベル内容」を適宜修正して使用する。

(継続使用の参考様式)

- ・参考様式の質問項目は、資料3(P53～P55)
記入例はP11、下段のとおり
(A3両面印刷、見開きで使用)
- ・初年度以降、記載内容に追加・変更等がある場合は、
変更点等を赤字で修正する。(修正日も明記)

③給食対応のレベル表記

ア レベル1【詳細な献立表を元に除去して対応】

学校給食の原材料を詳細に記入した献立表を家庭に事前に配布し、それをもとに保護者や担任の指示及び本人の判断で、学校給食から原因食物を除去する。

イ レベル2【弁当または一部弁当を持参して対応】

学校給食を全く食べずに弁当を持参する「完全弁当対応」と、除去食や代替食での対応困難な料理の場合のみ弁当を持参する「一部弁当対応」とする。

ウ レベル3【除去食(原因食物を除いて提供)で対応】

申請のあった原因食物を除いた給食とする。

エ レベル4【代替食(別の食品で補って提供)で対応】

申請のあった原因食物を除き、除いたことによって失われる栄養価等を別の食品で補った給食とする。

④調査票の記入

保護者が必要事項を記入、押印後に学校へ提出。

〈記入にあたって〉

- ア 質問1：食物アレルギーの有無を把握します。
- ・食物アレルギーがない場合はこの段階で終了です。
 - ・食物アレルギーがある場合は以下の質問について記入します。
- イ 質問2：食物アレルギーの原因となる食物を把握します。
- ・原因となる食物について記入します。
- ウ 質問3：現在、除去している食物を把握します。
- エ 質問4：今までどのような症状がでているか、既往歴を把握します。
- オ 質問5：医師による食物アレルギー、食物除去等の診断・指示があるか、または保護者の判断で食物除去しているのかを把握します。
- ・医師の診断・指示がある場合は、診断年月日・主治医・病院を記入します。
 - ・保護者の判断による場合は、学校による配慮・管理を必要とするアレルギー疾患はないものと考えられます。
- カ 質問6：エピペン[®]を処方されているかを把握します。
- ・処方されている場合は、本数、保管場所を記入します。
- キ 質問7：アレルギーに関してエピペン[®]以外で持参する薬があるかを把握します。[※]
- ・ある場合は薬品名を記入します。医薬品預かり書の提出の有無を記入します。
- ク 質問8：学校での食物アレルギーに対する取り組みの希望の有無を把握します。
- ・希望する場合は、「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」を主治医に記入していただき、提出してもらいます。
 - ・市町村によって給食の対応レベルが違うことを理解いただき、希望を記入します。
- ケ 質問9：その他、心配なことがあるかを把握します。

※医薬品預かりについての取扱いは、「学校における薬品管理マニュアル（日本学校保健会発行）」を参照して下さい。（P25～P28）

預かり書の提出は、義務付けられていませんが、適切な管理体制を構築するための情報共有に活用することが望ましいと思われれます。

【記入例】
(A 4 両面)

必要事項を記入、押印をする

単年使用

平成 年度 食物アレルギーに関する調査票

年 組 番	児童氏名	性別	男・女
記入日	月 日	保護者氏名	印

*各質問の該当するところへ○または必要事項を記入してください。
*「記入日」への記入、「保護者印」欄に押印をしてください。

質問1. 食物アレルギーはありますか。
 () ない () ある → 以上で終わります。
 以下各質問にお答えください。

質問2. 食物アレルギーの原因
 ()

質問3. 現在、除去している食物はありますか。
 () ない () ある 食品名 ()

質問4. 今までどのような症状がでましたか。
 () 皮膚症状 (発赤、痒み、腫脹、蕁麻疹など)
 () 呼吸器症状 (咳込み、息苦しさ、ゼイゼイなど)
 () 消化器症状 (腹痛、下痢、嘔吐など)
 () 全身症状 (ぐったりする、呼びかけに応じないなど)
 () その他 ()
 () アナフィラキシー
***アレルギー反応により強い皮膚、呼吸器、消化器、全身症状が同時に複数おこることを「アナフィラキシー」と言います。**

質問5. 医師による食物アレルギーの診断・指示、食物除去等がありますか。
 () 医師の診断・指示 () 医師の診断・指示ではなく、保護者の判断で食物除去を行っている () その他 ()

医師の診断、指示がある場合、年月、主治医、病院名を記入する

診断された年月: 主治医: 病院:

エピペン[®]を処方された場合、本数、保管場所を記入する

質問6. エピペン[®]を処方されていますか。
 () ない () いる → 何本処方されていますか。() 本
 どこに保管されていますか。
 () 家庭保管 () 学校保管 () 本人携帯 () () その他 ()

質問7. アレルギーに関してエピペン[®]以外で持参する必要がある薬はありますか。
 () ない () ある 薬品名 ()
 () 医薬品類かかり書を提出している

質問8. 学校での食物アレルギーに対する取り組みを希望しますか。
 () 希望しない () 希望する ***主治医指示による「学校生活管理指導票(アレルギー-併用)」を提出してください。**

給食対応のレベル表記

市町村によっては、
できない対応もあります
のでご了承ください。

() 給食
 () レベル1【詳細な献立表を元に除去して対応】
 () レベル2【弁当または一部弁当を持参して対応】
 () レベル3【除去食(原因食物を除いて提供)で対応】
 () レベル4【代替食(別の食品で補って提供)で対応】
 () 調理実習
 () 校外学習、宿泊学習
 () その他 ()

質問9. その他、心配なことがありますらご記入ください。

【参考様式】
(A 3・両面見開き)

必要事項を記入、押印する

継続使用

食物アレルギーに関する調査票

氏名		性別	男・女						
学校名									
年度									
学年	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3
学級									
記入日									
保護者印									

*各質問の該当するところへ○または必要事項を記入してください。
*内容変更があった場合は、赤字での訂正と記入をお願いします。
*「記入日」への記入、「保護者印」欄に押印をしてください。

質問1. 食物アレルギーはありますか。
 () ない () ある → 以上で終わります。
 以下各質問にお答えください。

質問2. 食物アレルギーの原因
 ()

質問3. 現在、除去している食物はありますか。
 () ない () ある 食品名 ()

質問4. 今までどのような症状がでましたか。
 () 皮膚症状 (発赤、痒み、腫脹、蕁麻疹など)
 () 呼吸器症状 (咳込み、息苦しさ、ゼイゼイなど)
 () 消化器症状 (腹痛、下痢、嘔吐など)
 () 全身症状 (ぐったりする、呼びかけに応じないなど)
 () その他 ()
 () アナフィラキシー
***アレルギー反応により強い皮膚、呼吸器、消化器、全身症状が同時に複数おこることを「アナフィラキシー」と言います。**

質問5. 医師による食物アレルギーの診断・指示、食物除去等がありますか。
 () 医師の診断・指示 () 医師の診断・指示ではなく、保護者の判断で食物除去を行っている () その他 ()

診断された年月: 主治医: 病院:

質問6. エピペン[®]を処方されていますか。
 () ない () いる → 何本処方されていますか。() 本
 どこに保管されていますか。
 () 家庭保管 () 学校保管 () 本人携帯 () () その他 ()

質問7. アレルギーに関してエピペン[®]以外で持参する必要がある薬はありますか。
 () ない () ある 薬品名 ()
 () 医薬品類かかり書を提出している

質問8. 学校での食物アレルギーに対する取り組みを希望しますか。
 () 希望しない () 希望する ***主治医指示による「学校生活管理指導票(アレルギー-併用)」を提出してください。**

給食対応のレベル表記

市町村によっては、
できない対応もあります
のでご了承ください。

() 給食
 () レベル1【詳細な献立表を元に除去して対応】
 () レベル2【弁当または一部弁当を持参して対応】
 () レベル3【除去食(原因食物を除いて提供)で対応】
 () レベル4【代替食(別の食品で補って提供)で対応】
 () 調理実習
 () 校外学習、宿泊学習
 () その他 ()

質問9. その他、心配なことがありますらご記入ください。

記入内容は単年度と同様
翌年、変更内容については
赤字での訂正と記入する

(2) 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）の記入について

①学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）とは

「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」（以下、管理指導表）は個々の児童生徒についてのアレルギー疾患に関する情報を、主治医が記載し、保護者を通じて学校が把握するものです。

表：気管支ぜん息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性結膜炎
裏：食物アレルギー、アナフィラキシー、アレルギー性鼻炎

保護者が記入
 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）
 名前 _____ 男・女 平成 ____年 ____月 ____日生（ ____歳） 学校 ____年 ____組 提出日 平成 ____年 ____月 ____日

	病型・治療	学校生活上の留意点	
表 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用） 子どものアレルギー疾患 項目は医師による記載不要	依頼 <input type="checkbox"/> 気管支ぜん息（あり・なし） A. 重症度分類（発作型） 1. 間欠型 2. 軽症持続型 3. 中等症持続型 4. 重症持続型 B-1. 長期管理薬（吸入薬） 1. ステロイド吸入薬 2. 長期服用指入吸入ベータ刺激薬 3. 吸入抗アレルギー薬（「イランタール」） 4. その他（ ） B-2. 発作管理薬 1. テオフィリン徐放錠剤 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 3. ベータ刺激薬内服薬・短行薬 4. その他（ ）	C. 急性発作治療薬 1. ベータ刺激薬吸入 2. ベータ刺激薬内服 D. 急性発作時の対応（自由記載） A. 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. 強い運動は不可 B. 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名（ ） C. 宿泊を伴う校外活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 D. その他の配慮・管理事項（自由記載）	医師名 _____ 医師職名 _____ 電話番号 _____ 記載日 ____年 ____月 ____日
	依頼 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎（あり・なし） 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、軽度の皮膚のみみられる。 2. 中等症：強い炎症を伴う皮膚が体表面積の10%未満にみられる。 3. 重症：強い炎症を伴う皮膚が体表面積の10%以上、30%未満にみられる。 4. 最重症：強い炎症を伴う皮膚が体表面積の30%以上にみられる。 ※軽度・中等度の炎症、重症・最重症を伴う場合 B-1. 常用する外用薬 1. ステロイド軟膏 2. タクロロimus軟膏 3. 保湿剤 4. その他（ ） B-2. 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他（ ） C. 食物アレルギーの合併 1. あり 2. なし 動物名（ ）	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. 保護者と相談し決定 B. 動物との接触 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名（ ） C. 発汗後 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 保護者と相談し決定 ※学校施設で可能な場合は更衣室をセーブ D. その他の配慮・管理事項（自由記載）	医師名 _____ 医師職名 _____ 電話番号 _____ 記載日 ____年 ____月 ____日
	依頼 <input type="checkbox"/> 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（ ） 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（ ）	A. プール指導 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. プールへの入水不可 B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 C. その他の配慮・管理事項（自由記載）	医師名 _____ 医師職名 _____ 電話番号 _____ 記載日 ____年 ____月 ____日
裏 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用） 日本学校保健会作成	依頼 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー（あり・なし） A. 食物アレルギー病型（食物アレルギーありの場合のみ記載） 1. 即時型 2. 口腔アレルギー症候群 3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー B. アナフィラキシー病型（アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載） 1. 食物（原因） 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3. 運動誘発アナフィラキシー 4. 昆虫 5. 医薬品 6. その他（ ） C. 原因食物・診断根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に診断根拠を記載 1. 卵卵 《 》 2. 牛乳・乳製品 《 》 3. 小麦 《 》 4. ソバ 《 》 5. ビーナッツ 《 》 6. 蕎麦類・木の实類 《 》 7. 甲殻類（エビ・カニ） 《 》 8. 果物類 《 》 9. 魚類 《 》 10. 鶏卵 《 》 11. その他1 《 》 12. その他2 《 》 D. 緊急時に備えた処置 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（「エペペン」） 3. その他（ ）	A. 給食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. 食物・食材を扱う授業・活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 C. 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 D. 宿泊を伴う校外活動 1. 配慮不要 2. 食事イベントの際に配慮が必要 E. その他の配慮・管理事項（自由記載）	医師名 _____ 医師職名 _____ 電話番号 _____ 記載日 ____年 ____月 ____日
	依頼 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎（あり・なし） A. 病型 1. 通年性アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎（花粉症） 主な症状の時期： 春、夏、秋、冬 B. 治療 1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬（内服） 2. 鼻噴霧用ステロイド薬 3. その他（ ）	A. 屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. その他の配慮・管理事項（自由記載）	医師名 _____ 医師職名 _____ 電話番号 _____ 記載日 ____年 ____月 ____日

学校から提出を求めた場合
 依頼欄口にチェックがない
 項目は医師による記載不要

●学校における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を教職員全員で共有することに同意しますか。
 1. 同意する
 2. 同意しない

保護者署名： _____

②使用にあたっての確認

この管理指導表は、原則として学校における配慮や管理が必要だと思われる場合に使用されるものであり、以下のように活用されることを想定し作成されています。

- ア 学校は、アレルギー疾患のある児童生徒を把握し、学校での個別対応を希望する保護者に配布する。
- イ 保護者が主治医に記入を依頼し、主治医が記入したものを保護者が学校に提出する。
- ウ 学校は、管理指導表に基づき、保護者と協議した上で取り組みを実施する。
- エ 主なアレルギー疾患が1枚（表・裏）に記載できるようになっており、原則として1人の児童生徒について1枚提出される。
- オ 学校は、提出された管理指導表について、個人情報の取り扱いに留意するとともに、緊急時に教職員が閲覧できる状態で管理する。
- カ 管理指導表は、症状に変化がない場合であっても、配慮や管理が必要な間は、少なくとも毎年提出を求める。記載する医師には、病型・治療内容を学校生活上の配慮事項などの指示が変化する場合、向こう1年間を通じて考えられる内容を記載してもらう。
（大きな病状の変化が合った場合はこの限りではない）
- キ 食物アレルギーを有する児童生徒に対し、給食、宿泊学習、修学旅行などにおける取り組みが必要な場合には、保護者に対し、さらに詳細な情報の提出を求め、総合して活用する。
- ク 緊急時の搬送先は救急隊に一任する。

③配布時の留意点

- ア 本表の表・裏上部にある児童・生徒の名前、提出日の欄は保護者が記入すること。
- イ 医師に記入を依頼する疾病について、チェックボックス内にV印を記載すること。

平成 年 月 日

保護者 様

〇〇〇学校長
〇〇〇〇〇〇

学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)の提出について(お願い)

〇〇の候、保護者 様におかれましては、益々御清祥のことと拝察いたします。

日頃より、学校の教育活動に御理解と御協力をいただき、心より感謝申し上げます。

さて、学校におけるアレルギー疾患に対する管理の徹底と事故防止については、文部科学省から「アレルギー疾患における学校生活管理指導表の提出について、症状等に変化がない場合であっても、配慮や管理が必要な間は、少なくとも毎年、提出を求めること。」との指導があり、これを踏まえて対応しているところです。

つきましては、下記のとおり、主治医へ「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の記載を依頼の上、提出くださいますようお願いいたします。

記

1 医療機関（主治医）の受診

- ・医療機関（主治医）を受診。
- ・「疾患名」欄にチェックのある項目について、疾患毎に「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の記入を依頼してください。
- * 主治医が記載する際、文書料が生じる場合があります。

2 「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の提出

学級担任または担当者へ提出してください。

3 その他

- ・「学校生活管理指導表「アレルギー疾患用）」を基に、学校と保護者が、お子さんの学校生活において必要な配慮や管理について相談します。
- ・個人情報の取扱に留意し、緊急時には全ての教職員が確認できるよう、一括管理します。
- ・御不明の点がございましたら、担当者まで御連絡ください。

* 用紙のほか、記入例を同封しましたので御参照ください。

〇〇〇〇学校
担当者：〇〇〇〇
電 話：0000-00-0000

参 考 (保護者通知添付 記入上の注意)

(記入例)

疾病名欄に、依頼□にチェックが入った項目について、主に記載をお願いしてください。

名前、性別、生年月日、学校名、年齢は受診前に家庭で記入してください。

受診後、提出日を家庭で記入してください。

保護者が記入

表 学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)

氏名 _____ 男・女 平成 ____年 ____月 ____日生 (____歳) 学校 ____年 組 提出日 平成 ____年 ____月 ____日

依頼	病型・治療	学校生活上の留意点	記載日																								
<input type="checkbox"/> 気管支ぜん息 (あり・なし) A. 重症度分類 (発作型) <ol style="list-style-type: none"> 1. 間欠型 2. 軽症持続型 3. 中等症持続型 4. 重症持続型 B-1. 長期管理薬 (吸入薬) <ol style="list-style-type: none"> 1. ステロイド吸入薬 2. 長時間作用性吸入ベータ刺激薬 3. 吸入抗アレルギー薬 (「インクルール」) 4. その他 () B-2. 長期管理薬 (内服薬・貼付薬) <ol style="list-style-type: none"> 1. テオフィリン徐放錠剤 2. ベータ刺激内服薬・貼付薬 3. その他 () 	C. 急性発作治療薬 <ol style="list-style-type: none"> 1. ベータ刺激薬吸入 2. ベータ刺激薬内服 D. 急性発作時の対応 (自由記載)	A. 運動 (体育・部活動等) <ol style="list-style-type: none"> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. 強い運動は不可 B. 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 <ol style="list-style-type: none"> 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可 C. 宿泊を伴う校外活動 <ol style="list-style-type: none"> 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 D. その他の配慮・管理事項 (自由記載)	記載日 _____ 年 ____月 ____日 医師名 _____ 医療機関名 _____																								
<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 (あり・なし) A. 重症度のめやす (厚生労働科学研究班) <ol style="list-style-type: none"> 1. 軽症：面積に関わらず、軽度の皮膚のみみられる。 2. 中等症：強い炎症を伴う皮膚が体表面積の10%未満にみられる。 3. 重症：強い炎症を伴う皮膚が体表面積の10%以上、30%未満にみられる。 4. 難重症：強い炎症を伴う皮膚が体表面積の30%以上にみられる。 B-1. 常用する外用薬 <ol style="list-style-type: none"> 1. ステロイド軟膏 2. タクロイムス軟膏 (「プロトピック」) 3. 保湿剤 4. その他 () B-2. 常用する内服薬 <ol style="list-style-type: none"> 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他 () C. 食物アレルギーの合併 <ol style="list-style-type: none"> 1. あり 2. なし 	A. プール指導及び長時間の紫外線下での活動 <ol style="list-style-type: none"> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. 動物との接触 <ol style="list-style-type: none"> 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可 D. その他の配慮・管理事項 (自由記載)	記載日 _____ 年 ____月 ____日 医師名 _____ 医療機関名 _____																									
<input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 (あり・なし) A. 病型 <ol style="list-style-type: none"> 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 3. 春季カタル 4. アトピー性角結膜炎 5. その他 () B. 治療 <ol style="list-style-type: none"> 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 () 	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) <ol style="list-style-type: none"> 1. 即時型 2. 口腔アレルギー症候群 3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー B. アナフィラキシー病型 (アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載) <ol style="list-style-type: none"> 1. 食物 (原因) 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3. 運動誘発アナフィラキシー 4. 昆虫 5. 医薬品 6. その他 () C. 原因食物・診断根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に診断根拠を記載 <table border="1"> <tr> <td>1. 鶏卵</td> <td>《 》</td> </tr> <tr> <td>2. 牛乳・乳製品</td> <td>《 》</td> </tr> <tr> <td>3. 小麦</td> <td>《 》</td> </tr> <tr> <td>4. ソバ</td> <td>《 》</td> </tr> <tr> <td>5. ピーナッツ</td> <td>《 》</td> </tr> <tr> <td>6. 種実類・木の实類</td> <td>《 》</td> </tr> <tr> <td>7. 甲殻類 (エビ・カニ)</td> <td>《 》</td> </tr> <tr> <td>8. 魚類</td> <td>《 》</td> </tr> <tr> <td>9. 肉類</td> <td>《 》</td> </tr> <tr> <td>10. 肉類</td> <td>《 》</td> </tr> <tr> <td>11. その他1</td> <td>《 》</td> </tr> <tr> <td>12. その他2</td> <td>《 》</td> </tr> </table> D. 緊急時に備えた処方薬 <ol style="list-style-type: none"> 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 () 	1. 鶏卵	《 》	2. 牛乳・乳製品	《 》	3. 小麦	《 》	4. ソバ	《 》	5. ピーナッツ	《 》	6. 種実類・木の实類	《 》	7. 甲殻類 (エビ・カニ)	《 》	8. 魚類	《 》	9. 肉類	《 》	10. 肉類	《 》	11. その他1	《 》	12. その他2	《 》	A. 給食 <ol style="list-style-type: none"> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. 食物・食材を扱う授業・活動 <ol style="list-style-type: none"> 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 C. 運動 (体育・部活動等) <ol style="list-style-type: none"> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 D. 宿泊を伴う校外活動 <ol style="list-style-type: none"> 1. 配慮不要 2. 食事やイベントの際に配慮が必要 E. その他の配慮・管理事項 (自由記載)	記載日 _____ 年 ____月 ____日 医師名 _____ 医療機関名 _____ 電話番号 _____
1. 鶏卵	《 》																										
2. 牛乳・乳製品	《 》																										
3. 小麦	《 》																										
4. ソバ	《 》																										
5. ピーナッツ	《 》																										
6. 種実類・木の实類	《 》																										
7. 甲殻類 (エビ・カニ)	《 》																										
8. 魚類	《 》																										
9. 肉類	《 》																										
10. 肉類	《 》																										
11. その他1	《 》																										
12. その他2	《 》																										

保護者が記入

表 学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)

氏名 _____ 男・女 平成 ____年 ____月 ____日生 (____歳) 学校 ____年 組 提出日 平成 ____年 ____月 ____日

依頼	病型・治療	学校生活上の留意点	記載日																								
<input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 (あり・なし) A. 病型 <ol style="list-style-type: none"> 1. 通年性アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎 (花粉症) 主な症状の時期： 春、夏、秋、冬 B. 治療 <ol style="list-style-type: none"> 1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬 (内服) 2. 鼻噴霧用ステロイド薬 3. その他 () 	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) <ol style="list-style-type: none"> 1. 即時型 2. 口腔アレルギー症候群 3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー B. アナフィラキシー病型 (アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載) <ol style="list-style-type: none"> 1. 食物 (原因) 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3. 運動誘発アナフィラキシー 4. 昆虫 5. 医薬品 6. その他 () C. 原因食物・診断根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に診断根拠を記載 <table border="1"> <tr> <td>1. 鶏卵</td> <td>《 》</td> </tr> <tr> <td>2. 牛乳・乳製品</td> <td>《 》</td> </tr> <tr> <td>3. 小麦</td> <td>《 》</td> </tr> <tr> <td>4. ソバ</td> <td>《 》</td> </tr> <tr> <td>5. ピーナッツ</td> <td>《 》</td> </tr> <tr> <td>6. 種実類・木の实類</td> <td>《 》</td> </tr> <tr> <td>7. 甲殻類 (エビ・カニ)</td> <td>《 》</td> </tr> <tr> <td>8. 魚類</td> <td>《 》</td> </tr> <tr> <td>9. 肉類</td> <td>《 》</td> </tr> <tr> <td>10. 肉類</td> <td>《 》</td> </tr> <tr> <td>11. その他1</td> <td>《 》</td> </tr> <tr> <td>12. その他2</td> <td>《 》</td> </tr> </table> D. 緊急時に備えた処方薬 <ol style="list-style-type: none"> 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 () 	1. 鶏卵	《 》	2. 牛乳・乳製品	《 》	3. 小麦	《 》	4. ソバ	《 》	5. ピーナッツ	《 》	6. 種実類・木の实類	《 》	7. 甲殻類 (エビ・カニ)	《 》	8. 魚類	《 》	9. 肉類	《 》	10. 肉類	《 》	11. その他1	《 》	12. その他2	《 》	A. 給食 <ol style="list-style-type: none"> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. 食物・食材を扱う授業・活動 <ol style="list-style-type: none"> 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 C. 運動 (体育・部活動等) <ol style="list-style-type: none"> 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 D. 宿泊を伴う校外活動 <ol style="list-style-type: none"> 1. 配慮不要 2. 食事やイベントの際に配慮が必要 E. その他の配慮・管理事項 (自由記載)	記載日 _____ 年 ____月 ____日 医師名 _____ 医療機関名 _____ 電話番号 _____
1. 鶏卵	《 》																										
2. 牛乳・乳製品	《 》																										
3. 小麦	《 》																										
4. ソバ	《 》																										
5. ピーナッツ	《 》																										
6. 種実類・木の实類	《 》																										
7. 甲殻類 (エビ・カニ)	《 》																										
8. 魚類	《 》																										
9. 肉類	《 》																										
10. 肉類	《 》																										
11. その他1	《 》																										
12. その他2	《 》																										

緊急時などの対応のため、記載された情報を教職員及び関係機関で共有する必要があります。保護者の方の署名をお願いします。

同意する 同意しない 保護者署名： _____

救急搬送が必要な場合は、搬送先は救急隊に一任することになります。

(3) 保護者との面談について

①保護者との面談のねらい

- ア 対象の児童生徒の情報を詳細に把握すること。
- イ 学校給食提供までの流れや、学校及び調理場等の現状に対する保護者の理解を得ること。
- ウ 家庭と学校が、幅広い事項について共通理解を深め、学校における対応に生かすこと。
- エ 保護者の理解の上に立った「食物アレルギー個別取組プラン」の作成を目指すこと。

②出席者

校長、栄養教諭、学校栄養職員、養護教諭、学級担任 等

③確認事項

- ア 「食物アレルギーに関する調査票」及び「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」等に基づいて次の事項を確認し、「食物アレルギー個別取組プラン」を作成する。
 - ・受診医療機関、主治医名
 - ・食物アレルギーの原因となる食品（アレルゲン）
 - ・食物アレルギーの症状、既往歴
 - ・家庭での除去食や代替食の状況〈混入（コンタミネーション）確認の必要性〉
 - ・学校給食に希望する対応内容
 - ・学校生活における配慮点
 - ・緊急時の連絡、対応
 - ・保護者への連絡、薬の使用、エピペン[®]所持・管理、エピペン[®]使用時の留意事項 等
- イ 共通理解に基づき、全教職員で対応する体制を構築するため、上記の確認項目について、学校内で情報共有することについて同意を得る。



参 考（保護者通知例）

平成 年 月 日

保護者 様

〇〇〇学校長
〇〇〇〇〇〇

修学旅行における食事内容の確認について（お願い）

〇〇の候、保護者の皆様には益々御清祥のことと拝察いたします。
日頃より本校の学校教育活動に御理解と御協力をいただき、感謝申し上げます。
さて、来年度の修学旅行における食事について、予定している食事のメニューと成分表の提供を受けました。
つきましては、下記の点について御留意の上、食べずに取り除く必要があるものについて、別紙用紙へ御記入の上、 月 日（ ） <厳守>までに 学級担任へ提出してください。

記

- 別添の「食品成分表」に詳細が記載されていますので御参照ください。
- 食事メニューは生徒の希望に基づいて決定しました。
- 2日目の昼食は班別、3日目の昼食は学級別になりますので、別途御連絡します。
別メニューへの変更希望や不明点は、学級担任へお問い合わせください。

〇〇〇〇学校
担当者：〇〇〇〇
電 話：0000-00-0000

（別紙・提出用紙）

〇〇〇学校長 様

区 分	食事のメニュー	対応すべきメニュー
1日目昼食：	パイナップル、チェリー(シロップ 漬け)、ゼリー、トマト、金時豆、昆布巻、しゅうまい、だし巻、ミートボール、スパゲティポリタ、魚フライ、太子寿し、寿司の素、錦糸卵、甘酢しょうが、グリルピース、しいたけ、かまぼこ	
1日目夕食：	まぐろ山掛け、そば(変更予定)デザート、茶碗蒸し、豚肉生姜焼き、筑前煮、豚しゃぶしゃぶ	
2日目朝食：	サラダ、ミニオムツ、フライドポテト、スープスパゲティ、クレープ、ロールパン	
2日目夕食：	すきやき、ごはん、味噌、ゴマ団子	
3日目朝食：	サラダ、海老フライ、鶏の唐揚げ、ウインナー、ハムエッグ、ジュース、パン	

上記の表を確認しました。食事内容について別メニューの希望が（あります・ありません）。

平成 年 月 日

年 組 生徒氏名 _____

保護者氏名 _____

印 _____