

資料編



- 様式 1 食物アレルギーに関する調査表
- 様式 2 学校生活管理指導表（食物アレルギー疾患用）
- 様式 3 食物アレルギー対応調査表
- 様式 4 保護者面談確認表
- 様式 5 食物アレルギー個別支援プラン
- 様式 6 予定献立表（確認用）
- 様式 7 主治医宛ての文書
- 様式 8 保護者の方へ 学校給食の食物アレルギー対応レベルについて

食物アレルギーに関する調査表

様式 1

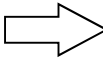
| | |
|-----|-----|
| 氏 名 | 性 別 |
| | 男・女 |

| |
|-----------|
| 保 護 者 氏 名 |
| |

*この調査票は、9年間使用します。変更のあった時は朱書きで訂正し、その脇に年月日の記載をお願いします。

*該当する学年欄に記入日を書き、保護者印を押して提出してください。

質問1. 食物アレルギーはありますか。

- () ない  以上で終わりです。
 () ある (乳糖不耐症を含む)

「ある」と回答した方のみ記入してください。

以下の質問にお答えください。また、**学校生活管理指導表と食物アレルギー対応調査表**を配付しますので、記入後、学校に提出してください。

| 学年・組 | 記入日 | 保護者印 |
|------------|-------|------|
| 小学校新1年 組 番 | 年 月 日 | |
| " 新2年 組 番 | 年 月 日 | |
| " 新3年 組 番 | 年 月 日 | |
| " 新4年 組 番 | 年 月 日 | |
| " 新5年 組 番 | 年 月 日 | |
| " 新6年 組 番 | 年 月 日 | |
| 中学校新1年 組 番 | 年 月 日 | |
| " 新2年 組 番 | 年 月 日 | |
| " 新3年 組 番 | 年 月 日 | |

質問2. 食物アレルギーの原因となる食物は何ですか。

()

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、どのような症状が出ましたか。

- () じんましん () 下痢
 () 吐き気
 () アナフィラキシーショック
 () その他 ()

質問5. 食物を除去しているのは、医師の指示ですか。

- () 医師の指示による
 () 医師の指示ではなく、保護者の判断による
 () その他 ()

質問6. エピペン®を処方されていますか。

- () いない
 () いる → 何本処方されていますか。() 本)
 () 家庭で保管している。
 () 学校や園で保管している。
 () 本人が携帯している。
 () その他

質問7. エピペン®以外で、アレルギーに関係して学校に持参する必要のある薬がありますか。

- () ない
 () ある 薬品名 ()

質問8. その他、心配なことがありましたらお書きください。

()

御宿町 学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)

| | | | | | | | | | | |
|-----|-----|---|---|---|---|-------|-----|---|---|--|
| 学校名 | 小学校 | | | | | | 中学校 | | | |
| 学年 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | |
| 組 | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | 男 ・ 女 | | | | |

町内小中学校では、アレルギー疾患があり、学校生活において配慮や管理が必要なお子様を、より安心して安全に過ごしていただくための対応を、保護者の方と一緒に考えていきたいと思っております。

そのためには、医師の診断に基づいた情報を把握する必要があります。

つきましては、学校生活管理指導表を提出していただきますよう、よろしくお願いいたします。

御宿町教育委員会

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

※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 | ★保護者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------|--|--|---|-----|-------|-------------|---------|-----|-------------------------------|---------|-----|--------|---------|-----|--|-----|------------------|-----|--------|-----|--|-----|-----------|-----|--|-----|-------|-------------|---------|-----|-------------|
| アナフィラキシー (あり・なし) | 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 | 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。 鶏卵：卵殻カルシウム 牛乳：乳糖・乳清焼成カルシウム 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 | 【緊急時連絡先】 ★保護者 電話： ★連絡医療機関 医療機関名： 電話： 記載日 ____年 ____月 ____日 医師名 医療機関名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | B アナフィラキシー病型(アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載) 1. 食物 (原因)) 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー) 3. 運動誘発アナフィラキシー) 4. 昆虫 () 5. 医薬品 () 6. その他 () C 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に除去根拠を記載 1. 鶏卵 《 》 [除去根拠] 該当するものを《 》内に記載 2. 牛乳・乳製品 《 》 ① 明らかな症状の既往 ② 食物経口負荷試験陽性 3. 小麦 《 》 ③ IgE抗体等検査結果陽性 ④ 未摂取 4. ソバ 《 》 ()に具体的な食品名を記載 5. ピーナッツ 《 》 6. 甲殻類 《 》 (すべて・エビ・カニ)) 7. 木の実類 《 》 (すべて・クルミ・カシュー・アーモンド)) 8. 果物類 《 》 ()) 9. 魚類 《 》 ()) 10. 肉類 《 》 ()) 11. その他1 《 》 ()) 12. その他2 《 》 ()) D 緊急時に備えた処方箋 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) | 御宿町教育委員会 | 病型・治療 | 学校生活上の留意点 | 【緊急時連絡先】 ★保護者 電話： ★連絡医療機関 医療機関名： 電話： 記載日 ____年 ____月 ____日 医師名 医療機関名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | A 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良 B-1 長期管理薬(吸入) <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>薬剤名</th> <th>投与量/日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ステロイド吸入薬</td> <td>() ()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td>() ()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>3. その他</td> <td>() ()</td> <td>()</td> </tr> </tbody> </table> B-2 長期管理薬(内服) <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>薬剤名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ロイコトリエン受容体拮抗薬</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>2. その他</td> <td>()</td> </tr> </tbody> </table> B-3 長期管理薬(注射) <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>薬剤名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 生物学的製剤</td> <td>()</td> </tr> </tbody> </table> C 発作時の対応 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>薬剤名</th> <th>投与量/日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ベータ刺激薬吸入</td> <td>() ()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>2. ベータ刺激薬内服</td> <td>() ()</td> <td>()</td> </tr> </tbody> </table> | | | 薬剤名 | 投与量/日 | 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 | () () | () | | 薬剤名 | 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 | () | 2. その他 | () | | 薬剤名 | 1. 生物学的製剤 | () | | 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 |
| | 薬剤名 | 投与量/日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | () () | () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 薬剤名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 | () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. その他 | () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 薬剤名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 生物学的製剤 | () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | () () | () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

追加記載欄について

| 学年 | 受診日 | 病型・治療 | 学校生活上の留意点 | 記入は医師 | 学年 | 受診日 | 病型・治療 | 学校生活上の留意点 | 記入は医師 |
|--------|-------------|--|--|--|--------|-------------|--|--|--|
| 年 生 | 年 月 日 | 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容： | 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容： | 医療機関名： 医師名： Ⓜ | 年 生 | 年 月 日 | 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容： | 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容： | 医療機関名： 医師名： Ⓜ |
| 年 生 | 年 月 日 | 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容： | 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容： | 医療機関名： 医師名： Ⓜ | 年 生 | 年 月 日 | 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容： | 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容： | 医療機関名： 医師名： Ⓜ |
| 年 生 | 年 月 日 | 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容： | 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容： | 医療機関名： 医師名： Ⓜ | 年 生 | 年 月 日 | 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容： | 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容： | 医療機関名： 医師名： Ⓜ |
| 年 生 | 年 月 日 | 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容： | 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容： | 医療機関名： 医師名： Ⓜ | 年 生 | 年 月 日 | 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容： | 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容： | 医療機関名： 医師名： Ⓜ |
| 年 生 | 年 月 日 | 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容： | 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容： | 医療機関名： 医師名： Ⓜ | 年 生 | 年 月 日 | 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容： | 1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容： | 医療機関名： 医師名： Ⓜ |

2 希望する給食対応の内容に✓をつけてください。

- A 給食の対応は希望しない
- B 食物アレルギーのため給食を全面停止したい（弁当持参）
- C 食物アレルギー等のため飲用牛乳を停止したい
- D 食物アレルギーのためアレルゲンを含む食品は食べない
- E 食物アレルギーのため詳細な献立表を配付してほしい

3 食物アレルギーに関する調査

【該当するところに✓、または該当する内容を記入してください】

(1) いつごろから症状がでましたか。

() 歳頃から

(2) 今まで、どのような症状がでましたか。

- 発疹 じんましん 下痢 吐き気 ぜんそく
 - アナフィラキシー アナフィラキシーショック その他 ()
- ※アナフィラキシー症状の経験がある場合にお答えください。

(回数： 回，最後の発症年月日： 年 月，原因食物：)

(3) 運動により症状を発症したことはありますか。

いいえ

はい→食事との関連はありますか。

食事との関連がある 食事との関連はない

(4) 現在、食物アレルギーの治療のために、使用している薬はありますか。

ない

ある

ア 薬品名を記入してください。

内服薬： () 吸入薬： () 外用薬： ()

注射薬： () その他： ()

イ 学校に、薬の携帯を希望しますか。

希望しない

希望する：（薬剤名：)

ウ お子様が自分で薬の管理ができますか。

管理できない

管理できる

(5) 過去に除去食を行っていたが、現在は食べられるようになった食品はありますか。

いいえ

はい（食品名：)

(6) お子様の食物アレルギーについて、学校の給食等で心配なことがありましたら、記入してください。

- この調査表に記載された内容については、本校の全職員及び学校給食センター職員が共有し、学校のアレルギー対応のために活用します。

保護者面談確認表 [児童生徒名： 年 組] 様式 4

記入年月日 年 月 日

| | | |
|-----|------|-----|
| 出席者 | 保護者： | 学校： |
|-----|------|-----|

1 アナフィラキシー発症状況の確認 あり なし

(※アナフィラキシー「あり」の場合)

- 回数 (回) 最後の発症年月 (年 月 日) 発症の原因食物 ()
- 発症時の具体的な症状 ()
- 医師から注意するように言われている症状 ()
- アナフィラキシーショックの有無 (有 ・ 無)

2 緊急時に備えた処方薬の確認 あり なし

※学校生活管理指導表の「病型・治療」D緊急時に備えた処方薬で1～3のいずれかに○がついている場合児童生徒自身で、管理ができるか

- はい 保護者との協議内容
- いいえ ⇨

3 学校生活上の留意点

※「学校生活上の留意点」にて「管理必要」に○がついている場合

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> 1 給食の対応 |
| <input type="checkbox"/> 2 食物・食材を扱う授業・教材 |
| <input type="checkbox"/> 3 運動（体育・部活動等） |
| <input type="checkbox"/> 4 宿泊を伴う校外活動 |
| <input type="checkbox"/> 5 その他の配慮事項・管理事項 |

4 緊急時連絡先

- 通院している医療機関 → 【 緊急時受入：可・不可 】
 (機関名： 診察科： 担当医名： 電話)
- 緊急時に搬送できる医療機関
 (機関名： 診察科： 担当医名： 電話)
- 保護者連絡先 ()

5 その他 保護者との協議事項

2月 よていこんだてひょう

様式6

令和 2 年度

勝浦市学校給食共同調理場

| 日 | 曜 | こんだてめい | おもなざいりょう | | | 食べるもの (○) 食べないもの (×) | 代替食 を摂る もの (○) |
|----|---|---|---|--|--|-------------------------------|-------------------------|
| | | | ちやにくになるもの | ねつやちからになるもの | からだのちょうしをよくするもの | | |
| | | | あ か | き いろ | み どり | | |
| 1 | 月 | 牛乳 ごはん カレー・ハムロールフライ スープぎょうざ ひじきのかんこくナムル | ぶたにく・とりにく ぎょうざ ひじき | こめ じゃがいも・パンこ・あぶら あぶら ドレッシング | たまねぎ・にんじん ねぎ・もやし・たけのこ・たまねぎ にんじん・きゅうり | | |
| 2 | 火 | 牛乳 むぎごはん いわしのうめに かきたまじる わふうマカロニサラダ | いわし たまご・とうふ・なると・きわかめ だいず・かつおぶし | こめ・むぎ さとう・かたくりこ かたくりこ マカロニ・マヨネーズ(卵不使用) | うめ にんじん たまねぎ・キャベツ・パプリカ・しめじ | | |
| 3 | 水 | 牛乳 せわりコッペパン あつまきたまごウインナー やきそば ブロッコリーのごまサラダ | たまご・ウインナー ぶたにく | パン めん・あぶら ドレッシング | キャベツ・たまねぎ・にんじん・しいたけ ブロッコリー・にんじん・コーン | | |
| 4 | 木 | 牛乳 ごはん もちごめつきにくだんご(1人②) ねぎしおぶたどんのぐ かんてんサラダ ぎゅうにゅうプリン | ぶたにく・とりにく ぶたにく ぎゅうにゅう | こめ もちごめ・さとう かたくりこ・ごま・ごまあぶら ドレッシング さとう | たまねぎ・しいたけ・しょうが たけのこ・もやし・にんじん・ねぎ・にんにく・レモン にんじん・キャベツ・きゅうり・かんてん | | |
| 5 | 金 | 牛乳 ごはん かぼちゃひきにくフライ なまあげのキムチいため はるさめサラダ | ぶたにく ぶたにく・なまあげ | パンこ・あぶら さとう・あぶら・ごまあぶら はるさめ・さとう・あぶら・ごまあぶら | かぼちゃ・たまねぎ ねぎ・たまねぎ・にんじん・キムチ にんじん・キャベツ | | |
| 8 | 月 | 牛乳 ごはん きんめだいのしょうゆやき こんさいのみそしる だいこんのはとじゃこのいためもの ヨーグルト(学配) | きんめだい あつあげ・みそ しらす・あぶらあげ ヨーグルト | こめ さとう ごま・ごまあぶら | だいこん・にんじん・ごぼう・ねぎ・こんにやく だいこんのは・にんじん | | |
| 9 | 火 | 牛乳 むぎごはん ハムチーズピカタ さざえカレー あおじそサラダ | たまご・ハム・チーズ ぶたにく・さざえ | こめ・むぎ あぶら じゃがいも・あぶら ドレッシング | にんじん・たまねぎ・にんにく キャベツ・きゅうり・にんじん・コーン | | |
| 10 | 水 | 牛乳 こくとうパン グリルチキンジェノバふう クラムチャウダー ブロッコリーサラダ りんご | とりにく あさり・ベーコン・ぎゅうにゅう | パン じゃがいも・あぶら ドレッシング | レモン・パズル たまねぎ・にんじん・パセリ ブロッコリー・にんじん・コーン りんご | | |
| 12 | 金 | 牛乳 ごはん ハンバーグりんごソース カレーABCスープ チーズのサラダ こめこのガトーショコラ | とりにく ぶたにく チーズ・かつおぶし とうにゅう | こめ さとう・あぶら マカロニ・あぶら さとう・あぶら さとう・こめこ | たまねぎ・りんご・トマト たまねぎ・にんじん・ほうれんそう キャベツ・コーン・きゅうり | | |
| 15 | 月 | 牛乳 ごはん さけのしおやき ちくぜんに わかめサラダ ミルクココア | さけ とりにく わかめ | こめ さとも・さとう・あぶら ドレッシング さとう | にんじん・ごぼう・たけのこ・しいたけ・さやいんげん・こんにやく キャベツ・にんじん・きゅうり | | |
| 16 | 火 | 牛乳 ごはん とりのからあげ かつらたんメン もやしのナムル おこめのムース | とりにく ぶたにく ぎゅうにゅう | こめ かたくりこ・あぶら めん・あぶら・ラー油 ドレッシング こめこ・さとう | にんにく にんにく・しょうが・たまねぎ・にら もやし・きゅうり・にんじん | | |
| 17 | 水 | 牛乳 ミルクローレル ポテトカップグラタン ミネストローネ えだまめとコーンのサラダ チョコクリーム | ぎゅうにゅう・チーズ ぶたにく ひじき | パン じゃがいも マカロニ・じゃがいも・オリーブオイル ドレッシング さとう | ほうれんそう・たまねぎ たまねぎ・にんじん・キャベツ・トマト・にんにく コーン・えだまめ・にんじん | | |
| 18 | 木 | 牛乳 ごはん にたまご チキンカレー イタリアンサラダ レモンソーダゼリー | たまご とりにく | こめ さとう じゃがいも・あぶら ドレッシング さとう | にんじん・たまねぎ・にんにく キャベツ・きゅうり・コーン | | |
| 19 | 金 | 牛乳 ごはん ごーかくメンチカツ・ソース はくさいとぶたにくのスープ なっとうあえ ヨーグルト(学配) | ぎゅうにゅう・ぶたにく ぶたにく なっとう・かつおぶし ヨーグルト | こめ パンこ・あぶら かたくりこ | たまねぎ しょうが・はくさい・だいこん・にんじん・ねぎ・ほうれんそう キャベツ・もやし | | |
| 22 | 月 | 牛乳 さけわかめごはん とうふのそぼろあんづつみ とんじる しそひじきあえ ばくがゼリー | さけ・わかめ とうふ・とうにゅう ぶたにく・とうふ・あぶらあげ・みそ ひじき | こめ あぶら・さとう さとも・あぶら ドレッシング むぎ・さとう | たまねぎ・にんじん・えだまめ にんじん・ねぎ・こんにやく・だいこん・ごぼう キャベツ・にんじん・きゅうり | | |
| 24 | 水 | 牛乳 パンキンパン チキンのチーズやき ミートマカロニ さんしょくあえ | とりにく・チーズ ぶたにく・だいず・チーズ | パン パンこ マカロニ・あぶら さとう | たまねぎ・にんじん・トマト ほうれんそう・にんじん・コーン | | |
| 25 | 木 | 牛乳 ごはん ぎんだらのみそふうみやき すきやきふうに のりサラダ デコボン | ぎんだら・みそ ぶたにく・とうふ のり | こめ さとう さとう さとう・あぶら | ねぎ・はくさい・にんじん・しいたけ・しらたき こまつな・キャベツ・にんじん デコボン | | |
| 26 | 金 | 牛乳 ごはん あげどりのレモンソース ABCスープ ごぼうサラダ | とりにく ベーコン | こめ さとう・かたくりこ・あぶら マカロニ・じゃがいも ごま・ドレッシング | しょうが・にんにく・レモン にんじん・たまねぎ・キャベツ・コーン・パセリ ごぼう・にんじん・きゅうり | | |

| | | |
|-----|--------|-------------|
| 学校名 | 氏名 | アレルギー源となる食品 |
| □□小 | ○○ △△△ | 乳、卵 |

～「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の記入のお願い～

御宿町立小中学校では、食物アレルギー疾患のある児童生徒に対し、「学校生活管理指導表」に基づき、給食や学校生活（食材を使う授業、宿泊を伴う校外活動等）への対応を行っています。「学校生活管理指導表」は、児童生徒に誤食等による事故を起こすことなく、安全な学校生活を送ってもらうための大切な資料となります。記載について御理解、御協力のほどよろしくお願いいたします。

【御宿町の食物アレルギー疾患を有する児童生徒への給食対応】

原因食物にマーカーをした献立表を提供し、保護者、教職員の指導のもと、児童生徒が自己除去しています。また、必要に応じて家庭より代替品（弁当）を持参します。

留意事項

下記の例のように、微量の混入でも症状が出る場合は、可能な限り診断いただき、「5.その他の配慮・管理事項」欄に記載をお願いします。

→アナフィラキシーの既往歴があり、微量の混入で重篤な症状が出る児童生徒に対しては、給食の提供を行わず、弁当対応となります。

①だし、調味料、添加物の除去が必要

卵殻カルシウム（鶏卵）、乳糖・乳清糖成カルシウム（牛乳）、しょうゆ・みそ（小麦、大豆）、酢（小麦）、大豆油（大豆）、ゴマ油（ゴマ）、かつおだし・いりこだし・魚しょう（魚類）、エキス（肉類）

②加工食品の原材料の欄外表記（注意喚起表示）の表示があるものについて除去が必要

【注意喚起例】 ※文部科学省学校給食における食物アレルギー対応指針より

○同一工場、製造ライン使用によるもの

「本品製造工場では○○（特定原材料等の名称）を含む製品を製造しています。」

○原材料の採取方法によるもの

「本製品で使用しているしらすは、えび、かにかが混ざる漁法で採取しています。」

○えび、かにかを捕食していることによるもの

「本製品（かまぼこ）で使用しているイトヨリダイは、えび、かにかを食べています。」

③食器や調理器具の共用ができない

④油の共用ができない

⑤原因物質に「触れる」「吸い込む」ことによっても発症する

必要に応じ保護者を通じて、学校からより詳細な情報の問い合わせをさせていただくことがありますので、御協力くださるようお願いいたします。

保護者の方へ 学校給食の食物アレルギー対応レベルについて

レベル1 通常の献立表対応



献立表を基に保護者や担任などの指示、または児童生徒自身の判断で、学校給食から原因食品を除外しながら食べる対策。すべての対応の基本であり、レベル2，3でも実施する。

※レベル1対応のポイント

- 1 栄養士は、食材納入業者にアレルギー食品に関する資料の提供を依頼し、通常の献立表を作成する。
- 2 栄養士は、アレルギー対応する児童生徒の原因食物にマーカーをする。記載漏れや間違いがないよう複数の関係者が確認する。
- 3 保護者と児童生徒は配付された献立表を確認し、喫食の有無及び代替品の持参について献立表に記入し学級担任に提出する。(学級担任は提出された献立表をコピーして保護者へ返送する。)
- 4 養護教諭(栄養教諭等)は内容について、校内及び給食センターと共通理解を図る。学級担任・学年職員・養護教諭は除去する食品や弁当で代用する給食内容を日々確認する。担任が不在の場合の対応を明確にしておく。

レベル2 詳細な献立表対応

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付し、それを基に保護者や担任などの指示、または児童生徒自身の判断で、学校給食から原因食品を除外しながら食べる対策。

※レベル2対応のポイント

- 1 栄養士は、食材納入業者にアレルギー食品に関する資料の提供を依頼し、詳細な献立表を作成する。
- 2 栄養士は、アレルギー対応する児童生徒の原因食物にマーカーをする。記載漏れや間違いがないよう複数の関係者が確認する。なお、調味料等に極微量に含まれる原因食品や、加工食品の原材料の欄外標記(注意喚起表示)についてはマーカーをしない。
- 3 保護者と児童生徒は配付された詳細な献立表を確認し、喫食の有無及び代替品の持参について献立表に記入し学級担任に提出する。(学級担任は提出された献立表をコピーして保護者へ返送する。)
- 4 養護教諭(栄養教諭等)は内容について、校内及び給食センターと共通理解を図る。学級担任・学年職員・養護教諭は除去する食品や弁当で代用する給食内容を日々確認する。担任が不在の場合の対応を明確にしておく。

レベル3 弁当対応

完全弁当対応：全ての学校給食に対して弁当を持参させる。

※レベル3対応のポイント

- 1 保護者と連携し、事前に弁当で代用するものを決める。
- 2 弁当を給食時間まで安全で衛生的に管理する。

弁当対応の考慮対象

極微量の原因食物でアナフィラキシーを発症する可能性が高い児童生徒へは、給食の提供はしない。

- 1 調味料・だし・添加物の除去が必要

卵殻カルシウム（鶏卵）、乳糖・乳清焼成カルシウム（牛乳）、しょうゆ・みそ（小麦、大豆）、酢（小麦）、大豆油（大豆）、ゴマ油（ゴマ）、かつおだし・いりこだし・魚しょう（魚類）、エキス（肉類）

- 2 加工食品の原材料の欄外標記（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

（注意喚起例）

○同一工場、製造ライン使用によるもの

「本品製造工場では○○（特定原材料等の名称）を含む製品を製造しています。」

○原材料の採取方法によるもの

「本製品で使用しているしらすは、えび、かにが混ざる漁法で採取しています。」

○えび、かにを捕食していることによるもの

「本製品（かまぼこ）で使用しているイトヨリダイは、えび、かにを食べています。」

- 3 多品目食物除去が必要
- 4 食器や調理器具の共用ができない
- 5 油の共用ができない
- 6 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

※1～6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を改めて確認することが望まれる。

◎勝浦市学校給食共同調理場では、除去食と代替食には対応できません。