

学校給食における食物アレルギー対応マニュアル

平成26年11月
(平成28年1月改訂)
常総市教育委員会



はじめに

近年、食物アレルギーを有する児童生徒が増加しており、給食における対応が求められています。そこで、適切な対応を行うためのマニュアル作りが課題でした。

この「学校給食における食物アレルギー対応マニュアル」（以下「マニュアル」といいます。）は、平成26年3月、茨城県教育委員会が作成した「学校における食物アレルギー対応の手引」に基づいて作成したものです。

このマニュアルは、医師の診断に基づき食物アレルギーが明確であることを前提として、学校給食での対応を示したものです。保護者と学校、教育委員会、給食センター等が共通認識を持つことで、食物アレルギーの事故を防止し、全ての児童生徒が、安全に、安心して楽しい学校生活を過ごすことを目的としています。

このマニュアルが対象とするのは、常総市立小学校及び中学校です。平成26年度に関係者への周知、事前調査等を行い、平成27年4月からの適用を予定しています。

また、実情に即した、よりよい対応とするため、このマニュアルは、今後も関係者の意見を参考に、随時改定をしていきます。

関係者の皆様には、このマニュアルの内容をよくご理解いただき、学校生活での食物アレルギーの事故防止及びその対応が適切かつ円滑に行われることをお願い申し上げます。

平成26年11月

常総市教育委員会

学校給食における食物アレルギー対応

常総市の学校給食における食物アレルギー対応は、「学校における食物アレルギー対応の手引（平成26年3月茨城県教育委員会）」に準ずる。

常総市の学校給食におけるアレルギー対応食は、レベル1とレベル2のみとする。

1 レベル別の対応内容について

(1) 共通事項

- ① 医師の診断及びその指示に基づいて実施する。
- ② 重篤な症状を発症するおそれがある場合は、事故防止のために弁当を持参するように指導する。
- ③ 対応の基本は、レベル1であり、レベル2でもレベル1の対応は実施する。

(2) レベル1 詳細な献立表による対応

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する。保護者は、それに基づいて除去食材を決定し、児童生徒が給食時に各自で取り除く。

対 象：比較的症状が軽く、本人が対象食材を取り除くことができる場合

留意点：①保護者は、毎月の給食献立の中から除去する食材を選び、学級担任等にも連絡する。

②児童生徒は、各自でアレルゲン食材を除去し、喫食する。学級担任等が除去するのではなく、自ら除去することが前提となる。

③低学年の場合は、自分で除去することが困難な場合がある。面談等で確認し、そのような場合は、弁当持参が望ましい。

(3) レベル2 弁当対応（完全弁当対応または一部弁当対応）

家庭から弁当を持参し、それを喫食する。

対 象：アレルゲンの種類が多い、重篤なアレルギーを持っている等の理由で給食を食べることができない場合

留意点：①詳細な献立表を基に保護者と連絡を取り合い、事前に弁当で対応するものを決める。

②食品は全て加熱し、安全で衛生的な弁当内容に配慮する。

③誤配、誤食等がないようにする。

④本人が精神的負担を感じないように配慮し、給食を配食する際に原因食品に触れることのないように注意する。

⑤重症度に応じて、給食当番や片づけ等にも配慮する。

2 対応の流れについて

<基本的な流れ>

食物アレルギー調査票の配布 (※1)

(市教育委員会→学校→保護者)

↓

調査票の受理

(保護者→学校→学校給食センター)

↓

個別面談の実施 (※2)

↓

食物アレルギーに伴う学校給食関係申出書及び学校生活管理指導票の受理

(学校→学校給食センター→市教育委員会→学校給食センター (原本を保管)
→学校 (コピー保管))

↓

食物アレルギー対応内容の決定 (※3)

(学校給食センター→市教育委員会→学校→保護者)

↓

対応開始

↓

個別面談 (必要に応じて) (※4)

↓

対応変更・継続・治癒など

- ※1 全ての保護者に対して調査票を配布し、記入を依頼する。新入生については、就学児健康診断時に調査する。
 - ※2 面談の出席者は、保護者に対し、学校 (校長, 給食主任, 養護教諭等), 給食センター (所長, 栄養教諭又は学校栄養職員等) で構成し、2名ずつ最低4名で対応する。
 - ※3 提出された書類, 面談内容等に基づき、対応内容を決定し、通知する。
 - ※4 児童生徒の症状が変化した場合又は重篤な場合は、適宜面談を実施する。
- ※ 個人情報を取り扱うに当たり、個人情報保護条例等を遵守する。

3 症状の変化及び次年度の対応について

- (1) 食物アレルギーは、年齢とともに抗体を獲得することがあるため、最新の情報により対応する必要がある。したがって、「食物アレルギーに伴う学校給食関係申出書」と「学校生活管理指導表」は、原則として毎年度提出をする。
- (2) 症状の改善が見られ、年度途中又は次年度以降に管理指導を行う必要がなくなった場合は、「食物アレルギーに伴う学校給食対応変更申出書」を提出する。

小学生の保護者 様

中学生1・2年生の保護者 様

常総市教育委員会
教育長
(公 印 省 略)

学校給食における食物アレルギー対応の調査について

日頃から、学校給食につきまして、ご理解・ご協力いただき感謝申し上げます。

さて、常総市では、現在、学校給食で食物アレルギーのための除去食・代替食の提供をしておりません。平成〇年度につきましても、平成〇年度と同様の対応となりますが、食物アレルギーを有するお子様に対して、より安全に給食を提供していくために、平成27年度から「学校生活管理指導表」を導入していくことになりました。

つきましては、別紙の調査について、お忙しいところ恐れ入りますが、ご協力のほどよろしく願いいたします。なお、本調査は、食物アレルギーの有無にかかわらず、 月 日 () までに提出していただきますようお願いいたします。

【問い合わせ先】

常総市学校給食センター

豊岡給食センター TEL0297-24-3949 担当者：

玉給食センター TEL0297-42-2369 担当者：

年 月 日

新入生の保護者 様

常総市教育委員会
教育長
(公 印 省 略)

学校給食における食物アレルギー対応の調査について

秋冷の候、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。

学校給食センターでは、食物アレルギーの児童・生徒を対象に、保護者に対し献立の詳細が記載された資料の配布等の対応を行っております。

つきましては、学校給食の提供にあたり、食物アレルギー調査を実施しておりますので、別紙「学校給食における食物アレルギー調査票」にご記入のうえ、本日中にご提出ください。

食物アレルギー対応を希望される場合には、食物アレルギーに伴う関係書類をご提出いただき、学校関係者、給食センター職員との面談を行います。その際、「学校生活管理指導表」が必要になりますが、診断書と同様に文書料（*個人負担となります）がかかります。面談の日程は、後日連絡いたします。

【問い合わせ先】

豊岡学校給食センター

／

玉学校給食センター

TEL0297-24-3949 担当者：

TEL0297-42-2369 担当者：

学校給食における食物アレルギー調査票

学校名： _____ 学校 年 組 ふ り が な 児童・生徒氏名： _____ (男・女)

保護者氏名 _____

質問 1 食物アレルギーがありますか。

はい (原因食品名 _____)

診断を (受けた・受けない) 医療機関名 (_____)

いいえ

※「いいえ」と答えた方は、以上で終了です。ありがとうございました。

質問 2 アレルギー成分の確認のため、詳細な献立表や加工食品分析表の配布を希望しますか。

はい

いいえ

【質問 2 で「はい」と答えた方へ】

- ◎ 食物アレルギー対応を希望する場合は、給食センターより「学校生活管理指導表」を送付しますので、連絡先を記入願います。

住所 〒 _____	TEL _____
------------	-----------

- ◎ 「学校生活管理指導表」には、医師の記入欄があり診断書と同様に文書料がかかります。

- ◎ 「学校生活管理指導表」を基に、後日、個別面談を行い、対応について協議いたします。

【食物アレルギーのことについて気になることがありましたらご記入ください。】

(_____)

様式2

常総市教育委員会

教育長

殿

平成 年度食物アレルギーの対応希望者に関する報告

NO	現在のクラス (在校生のみ)	児童・生徒名	食物アレルギー原因食品名	備考
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

上記のとおりであることを報告いたします。

【報告期限 平成〇年〇月〇日 ()】

平成 年 月 日

学校名 _____

学校長名 _____ 職印

年 月 日

〇〇〇〇 様
(児童・生徒名 〇〇〇〇さん)

常総市教育委員会
教育長
(公 印 省 略)

食物アレルギー対応のための面談実施について

日頃より、学校教育にご理解とご協力をいただき厚く御礼申し上げます。

さて、学校給食における食物アレルギー管理指導を行っていくにあたり、より詳細な内容を把握し、対応を協議するため下記のとおり面談を行います。

つきましては、同封した書類をご記入していただき、ご出席いただけますようお願いいたします。

記

- 1 面談日時 平成 年 月 日 () : ~
- 2 場 所 〇学校
- 3 持参書類 食物アレルギーに伴う学校給食関係申出書 (1～3までご記入ください)
学校生活管理指導表
- 4 その他
 - ・面談時間は20分程度です。面談にはお子様の同席は必要ありません。
 - ・「学校生活管理指導表」は、文書料 (*個人負担となります) がかかります。金額は医療機関で異なります。また、日数がかかるとお思いますので、余裕をもってご用意願います。
 - ・指定日時にご都合がつかない場合や入学までに食物アレルギー症状が改善した場合などは、給食センターまでご連絡願います。

【問い合わせ先】

豊岡学校給食センター

TEL0297-24-3949 担当者 :

玉学校給食センター

TEL0297-42-2369 担当者 :

常総市教育委員会 教育長 殿

保護者 住所 _____

氏名 _____ (印)

食物アレルギーに伴う学校給食関係申出書

標記のことについて、下記のとおり申し出いたします。

記

1 対象児童生徒氏名

学校名： _____

新 年 氏名 _____

2 食物アレルギー原因食品名及びその症状

① 食品名： _____

② 症状等： _____

③ 特記事項： _____

3 学校給食における対応

自分で除去する

一部弁当を持参する

すべての給食を中止する

飲用牛乳のみ中止する

(牛乳代を減免する場合には、別紙申請書が必要です。)

その他 ()

4 面談等を実施し、アレルギー対応の内容について理解したうえで、保護者の責任において学校給食の提供を受けることに同意します。

はい いいえ

(学校記入欄)

受領者 学 校 名：

学校長名：

職印

受 付 日： 年 月 日

名前 _____ 男・女 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 生（ ____ 歳） 学校 ____ 年 ____ 組 提出日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日	
緊急時連絡先 ★保護者 電話： _____ ★連絡医療機関 医療機関名： _____ 電話： _____	
学校生活上の留意点	
病型・治療 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（「インテール®」） 4. その他（ _____ ） B-2. 長期管理薬（内服薬・貼付薬） 1. テオフィリン徐放製剤 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 3. ベータ刺激内服薬・貼付薬 4. その他（ _____ ）	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）
記載日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____	
学校生活上の留意点	
病型・治療 A. 重症度のゆやす（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%以上、30%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。 <small>※軽度：炎症を伴う皮疹：紅斑、丘疹、びっらん、発疹、苔癬化などを伴う軽度</small> <small>※中等症：炎症を伴う皮疹：紅斑、丘疹、びっらん、発疹、苔癬化などを伴う中等</small> <small>※重症：強い炎症を伴う皮疹：紅斑、丘疹、びっらん、発疹、苔癬化などを伴う重症</small> 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（ _____ ） C. 食物アレルギーの合併 1. あり 2. なし	A. フール指導及び長時間の紫外線下の活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 学校施設で可能な場合）夏季シャワー浴 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（ _____ ） 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 _____	
学校生活上の留意点	
病型・治療 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. フール指導 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. フールへの入水不可 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）
記載日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____	

表 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

裏 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

<p>病型・治療</p> <p>A. 食物アレルギー病型 (食物アレルギーありの場合のみ記載)</p> <p>1. 即時型</p> <p>2. 口腔アレルギー症候群</p> <p>3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー</p> <p>B. アナフィラキシー病型 (アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載)</p> <p>1. 食物 (原因)</p> <p>2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー</p> <p>3. 運動誘発アナフィラキシー</p> <p>4. 昆虫</p> <p>5. 医薬品</p> <p>6. その他 ()</p> <p>C. 原因食物・診断根拠</p> <p>該当する食品の番号に○をし、かつ〈 〉内に診断根拠を記載</p> <p>1. 鶏卵 〈 〉</p> <p>2. 牛乳・乳製品 〈 〉</p> <p>3. 小麦 〈 〉</p> <p>4. ソバ 〈 〉</p> <p>5. ビーナッツ 〈 〉</p> <p>6. 種実類・木の实類 〈 〉 ()</p> <p>7. 甲殻類 (エビ・カニ) 〈 〉 ()</p> <p>8. 果物類 〈 〉 ()</p> <p>9. 魚類 〈 〉 ()</p> <p>10. 肉類 〈 〉 ()</p> <p>11. その他1 〈 〉 ()</p> <p>12. その他2 〈 〉 ()</p> <p>D. 緊急時に備えた処方薬</p> <p>1. 内服薬 (抗ヒスタミン薬、ステロイド薬)</p> <p>2. アドレナリン自己注射薬 (「エピペン®」)</p> <p>3. その他 ()</p>	<p>学校生活上の留意点</p> <p>A. 給食</p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 保護者と相談し決定</p> <p>B. 食物・食材を扱う授業・活動</p> <p>1. 配慮不要</p> <p>2. 保護者と相談し決定</p> <p>C. 運動 (体育・部活動等)</p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 保護者と相談し決定</p> <p>D. 宿泊を伴う校外活動</p> <p>1. 配慮不要</p> <p>2. 食事やイベントの際に配慮が必要</p> <p>E. その他の配慮・管理事項 (自由記載)</p>
<p>病型・治療</p> <p>A. 病型</p> <p>1. 通年性アレルギー性鼻炎</p> <p>2. 季節性アレルギー性鼻炎 (花粉症)</p> <p>主な症状の時期: 春、夏、秋、冬</p> <p>B. 治療</p> <p>1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬 (内服)</p> <p>2. 鼻噴霧用ステロイド薬</p> <p>3. その他 ()</p>	<p>学校生活上の留意点</p> <p>A. 屋外活動</p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 保護者と相談し決定</p> <p>B. その他の配慮・管理事項 (自由記載)</p>
<p>名前 _____</p> <p>食物アレルギー (あり・なし)</p> <p>アナフィラキシー (あり・なし)</p>	<p>記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>医師名 _____ (印)</p> <p>医療機関名 _____</p>
<p>名前 _____</p> <p>アレルギー性鼻炎 (あり・なし)</p>	<p>記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>医師名 _____ (印)</p> <p>医療機関名 _____</p>

【緊急時連絡先】

★保護者 電話: _____

★連絡医療機関 医療機関名: _____ 電話: _____

●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: _____

様式5

年 月 日

〇〇〇〇様

(児童・生徒名 〇〇〇〇さん)

常総市教育委員会
教育長
(公印省略)

食物アレルギー対応内容について (通知)

標記のことについて、下記のとおり食物アレルギー対応を行いますので通知いたします。

記

- 1 学 校 名 〇学校
- 2 学 年 新〇年
- 3 児 童 ・ 生 徒 氏 名 〇
- 4 食物アレルギー原因食品 〇
- 5 開 始 年 月 日 平成〇年〇月〇日
- 6 対 応 内 容 〇
- 7 そ の 他 毎月、資料を送付いたしますので、献立内容の確認をお願いいたします。この通知書は平成〇年度のみ有効となります。

※この通知について、不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。

【問い合わせ先】

豊岡学校給食センター

TEL0297-24-3949 担当者：

玉学校給食センター

TEL0297-42-2369 担当者：

常総市教育委員会 教育長 殿

保護者氏名 _____ 印

食物アレルギーに伴う学校給食対応変更申出書

下記のとおり食物アレルギー対応内容の変更を希望します。

記

1 対象児童・生徒氏名

学校名： _____

_____ 年 組 氏名 _____

2 現在の食物アレルギー対応内容

- 自分で除去する
- 一部弁当を持参する
- すべての給食を中止する
- 飲用牛乳のみ中止する
- その他 (_____)

3 変更後の学校給食における対応

- アレルギー対応をやめる
- 自分で除去する 食材 (_____)
- 一部弁当を持参する
- すべての給食を中止する
- 飲用牛乳のみ中止する
- その他 (_____)

4 変更を希望する理由

- 医師の診断
- 症状などにより自分で判断
- その他 (_____)

具体的な症状の変化など _____

5 変更を希望する時期 _____ 年 月 日から

(学校記入欄)

受領者 学 校 名 :

学校長名 : _____ 職印

受 付 日 : _____ 年 月 日

年 月 日

〇〇〇〇 様
(児童・生徒名 〇〇〇〇さん)

常総市教育委員会
教育長
(公 印 省 略)

新年度における食物アレルギー対応について

日頃より、学校給食にご理解ご協力をいただき厚く御礼申し上げます。

さて、次年度における食物アレルギー対応につきましては、次のような手続きをお願いいたします。

記

1 引き続き食物アレルギー対応を希望する場合

改めて「食物アレルギーに伴う学校給食関係申出書」と「学校生活管理指導表」の提出が必要となりますので、医療機関で記入後 月 日までに学校に提出してください。

今までと対応内容が変わる場合は、改めて面談等を行います。

2 治癒などの理由で食物アレルギー対応を希望しない場合

「学校生活管理指導表」の提出は必要ありませんが「食物アレルギーに伴う学校給食対応変更申出書」の提出をお願いします。用紙は給食センターにありますので、連絡願います。

様式一覧

番号	名称	備考
1号	学校給食における食物アレルギー調査票	
2号	新入生・在校生における食物アレルギーの対応希望者に関する報告	
3号	食物アレルギーに伴う学校給食関係申出書	
4号	学校生活管理指導表	(財)日本学校保健会作成のものに準ずる
5号	食物アレルギー対応内容について(通知)	
6号	食物アレルギーに伴う学校給食対応変更申出書	

参考・引用資料

- 学校における食物アレルギー対応の手引
(平成26年3月 茨城県教育委員会)
- 学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン
(平成20年3月 財団法人日本学校保健会)
- 食物アレルギーによるアナフィラキシー学校対応マニュアル
(平成17年4月 財団法人日本学校保健会)
- つくば市食物アレルギー対応マニュアル
(平成25年3月 つくば市教育委員会)

<取り決め事項>

- ・ 学校給食をアレルギー以外の事情で対応を希望する場合は、その都度、協議し、本マニュアルを適用することとする。

※平成28年1月 改訂