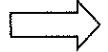


年度 食物アレルギー対応に関する調査表

提出日 年 月 日

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

学校名	
学年組	
児童生徒 氏名	
保護者名	

以下の質問にお答えください。

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 ()

*学年組は、現在在籍しているクラスを記入してください。

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)
 どこに保管していますか。(家庭 ・ 学校 ・ 本人携帯)
 *該当箇所には○ その他 ()

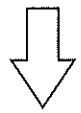
質問7. エピペン®以外で、アレルギーに関係して学校に持参する必要のある薬がありますか。
 ない
 ある 薬品名 ()

質問8. 学校生活での食物アレルギーに対する配慮を希望しますか。
 希望しない 希望する

理由があれば、ご記入ください。

*学校生活管理指導表(後日提出)が必要です。
 (裏面*②を参照)

例 給食でアレルギーが出ないから。加工品は食べられるから。



*以上で終了です。

質問9. 学校給食での食物アレルギーの対応は次のどれを希望しますか。(複数回答可)
 除去食 アレルゲン配合表の配付(裏面*⑥参照)
 全部弁当持参 一部弁当持参
 本人が判断するので、配膳時の配慮は必要ない
 飲用牛乳の停止又は飲用牛乳のみ提供希望

*裏面の注意事項をご確認願います。

注意事項

- * ①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全教職員、進学する市内公立中学校及び給食を提供する調理場で情報共有させていただく場合がございます。
- * ②学校での食物アレルギーに対する配慮を希望する場合は、医師が記載した学校生活管理指導表の提出が必要となります。(学校生活管理指導表は入学説明会時に配付します。)
- * ③全部弁当持参又は飲用牛乳停止等を希望する場合は、学校給食停止願いの提出が必要となります。(学校給食停止願いは入学説明会時に配付します。)
- * ④食物アレルギー対応食(除去食)は、給食センターでは卵及び乳の両方の食物を除去した調理となります。
- * ⑤食物アレルギー除去食の提供には、別途、学校等での面談や実施申請書の提出が必要です。また面談等の結果、ご希望に添えない場合がございます。
- * ⑥給食センターのアレルゲン配合表とは、学校給食の食材として使用した食物のうち、食品衛生法で表示義務のあるアレルゲンの配合を記載したものです。その内容については市のHPに掲載しております。
また、さらに詳細なものは「詳細な献立表」として市のHPに掲載しております。

問合せ先

○学校におけるアレルギーの対応については、各学校へ

○給食における食物アレルギーの対応については、

学校給食センターへ 電話 047-492-1081

年度 食物アレルギー対応に関する調査表

提出日 年 月 日

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

学校名	
学年組	
児童生徒 氏名	
保護者名	

以下の質問にお答えください。

質問2. 食物アレルギーの原因となる食物は何ですか。
()

*学年組は、現在在籍しているクラスを記入してください。

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)
どこに保管していますか。(家庭 ・ 学校 ・ 本人携帯)
* 該当箇所には○ 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 ()

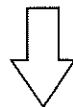
質問8. 学校生活での食物アレルギーに対する配慮を希望しますか。
() 希望しない () 希望する

理由があれば、ご記入ください。

例 給食でアレルゲンが出ないから。加工品は食べられるから。

*学校生活管理指導表(後日提出)が必要です。

(裏面*②を参照)



*以上で終了です。

質問9. 学校給食での食物アレルギーの対応は次のどれを希望しますか。(複数回答可)
() 除去食 () アレルゲン有無のお知らせ
() 全部弁当持参 () 一部弁当持参
() 本人が判断するので、配膳時の配慮は必要ない
() 飲用牛乳の停止又は飲用牛乳のみ提供希望

*裏面の注意事項をご確認願います。

注意事項

- * ①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全教職員、進学する市内公立中学校及び給食を提供する調理場で情報共有させていただく場合がございます。
- * ②学校での食物アレルギーに対する配慮を希望する場合は、医師が記載した学校生活管理指導表の提出が必要となります。(学校生活管理指導表は入学説明会時に配付します。)
- * ③全部弁当持参又は飲用牛乳の停止等を希望する場合は、学校給食停止願いの提出が必要となります。(学校給食停止願いは入学説明会時に配付します。)
- * ④食物アレルギー対応食(除去食)は、桜台小中学校では卵を除去した調理となります。
- * ⑤食物アレルギー除去食の提供には、別途、学校等での面談や実施申請書の提出が必要です。また面談等の結果、ご希望に添えない場合がございます。

問合せ先

桜台小学校 047-492-7010

桜台中学校 047-492-7020

食物アレルギーなどによる学校給食停止願い（ 年度分）

年 月 日

白井市教育委員会 宛
 学校長 宛

保護者氏名

学校名	学 校	氏 名	
	学 年 組	生年月日	
住 所		電 話	()

食物アレルギーなどにより下記のとおり学校給食又は牛乳を停止願います。

記

- | | | |
|-----------|-------------------------|-----------|
| 1. 項 目 | 1. 全て停止 | 2. 牛乳のみ停止 |
| | 3. 牛乳のみ提供(ミルメークは付きません) | |
| 2. 新規又は継続 | _____
新規 ・ 継続 | |
| 3. 理 由 | _____ | |
| 4. 症 状 | _____

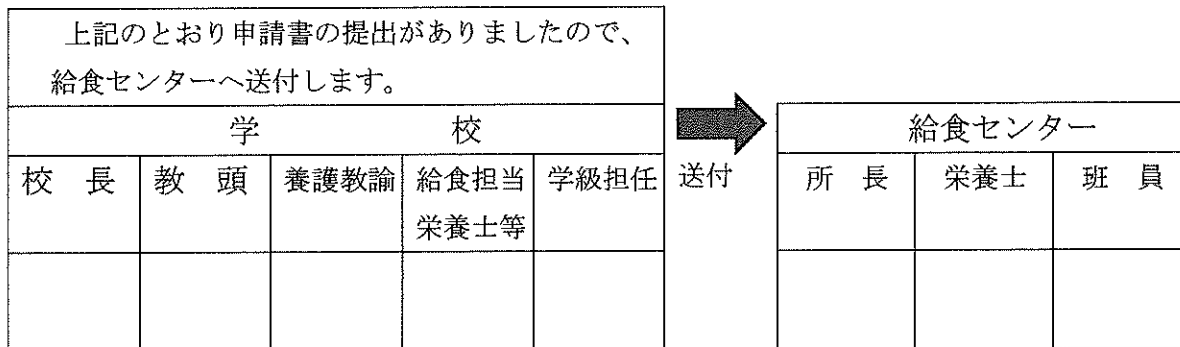
_____ | |

かかりつけの病院： _____

主治医： _____

- * 食物アレルギー対応食（除去食）を希望する場合は、学校等との面談などが必要となりますので、別途「食物アレルギー対応食（除去食）希望に関する個別面談申込書」及び「食物アレルギー問診票（保護者記入用）」を提出してください。
- * 食物アレルギーが原因で、学校給食等を停止する場合は、学校生活管理指導表（食物アレルギー疾患用）を添付してください。

以下、学校等記入欄



(受付日 年 月 日)

(送付日 年 月 日)

①保護者

⇒

②学校 (コピー保管)

⇒

③給食センター (原本)

学校生活管理指導表（食物アレルギー疾患用）

ふりがな
氏名 _____ (男・女)

(年 月 日生)

学校名	小学校								
	中学校								
学年	1	2	3	4	5	6	1	2	3
クラス									

《保護者の方へ》

この管理指導表は、主治医指導のもと学校生活を安全に過ごすための大切な資料となります。診察を受ける際は、この指導表を持参し医師にご提出ください。

なお、記入していただきましたら、学校までご提出願います（確認後返却いたします）。

《主治医様》

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、お手数ですが管理指導表のご記入にご協力くださいますよう、よろしくお願いいたします。

学校生活管理指導表 (食物アレルギー疾患用)

提出日 年 月 日

名前 _____ (男・女) _____ 年 月 日生 _____ 年 組

※この生活管理指導表は、学校の生活において特別な配慮や管理が必要となった場合に医師が作成するものです。

病型・治療		学校生活上の留意点
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
	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 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
	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 《 》 2. 牛乳・乳製品《 》 3. 小麦 《 》 4. ソバ 《 》 5. ビーナッツ 《 》 ()内に具体的な食品名を記載 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 《 》(_____)	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
	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 (_____)	F その他の配慮・管理事項 (自由記述)
【緊急連絡先】 ★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 _____ (印) 医療機関名 _____	
学校における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、本票に記載された内容を学校の全職員及び関係機関等で共用することに同意します。		保護者氏名 _____

食物アレルギー対応食（除去食）希望に関する個別面談申込書

年 月 日

学校長 宛て

保護者氏名

食物アレルギー除去食を希望するため、個別面談を申し込みます。

学年	組	児童生徒名	男・女
----	---	-------	-----

○個別面談希望日

年 月 日 ～ 年 月 日までの間の平日で、都合の良い日を第3希望まで記入してください。なお、面談は放課後となります。

第1希望日	月 日	午後 3時・3時半	4時・4時半
第2希望日	月 日	午後 3時・3時半	4時・4時半
第3希望日	月 日	午後 3時・3時半	4時・4時半

連絡先電話番号： ()

* 年 月 日までに、添付の問診表及び学校生活管理指導表（食物アレルギー疾患用）に必要事項を記入の上、学級担任まで提出してください。

学校で切り取り

学校給食食物アレルギー除去食個別面談日のお知らせ

食物アレルギー除去食希望の個別面談を下記の日程で行います。

学年 組	児童生徒名		男 女
面 談 日	年 月 日	() 午後 時 分～	
面 談 場 所	学校 場所：		

*この用紙を切り取り、面談日の1週間前までに学校から保護者へ送付

食物アレルギー問診票（保護者記入用）

記入日 年 月 日

学校名 ふりがな 児童・生徒		学校 (男・女)	生年月日 年 月 日
アレルギー 原因食物名		*学校生活管理指導表に記載してある食物名を記載してください。	
医師 診 察 経 緯	病院名	何歳ごろ、何を食べたとき、どのよ うな症状になりましたか *過去のアナフィラキシーショック 症状の有無 無 有	
	診察時の テスト項目		
	初診年月日		
	診察周期		
	病状の経緯		
現在実施治療法（食事療法・投薬等）			
その他の医師の指示			
家庭での食物アレルギーへの対応策			

センター等記入欄

面談日 年 月 日	(実施者) 学校: . .
	給食センター: . .
(概要)	
説明後、アレルギー除去食の希望について	・希望 ・希望を取下げ
アレルギー除去食の提供の判断について	・適当 ・不適當

食物アレルギー対応食（除去食）実施申請書（新規・継続）

年 月 日

白井市教育委員会 宛て
 学校長 宛て

保護者氏名 _____

学校名	学 校	ふりがな 氏 名	
	学 年 組	生年月日	年 月 日
住 所	白井市	電 話	()
飲用牛乳の提供について 希望する ・ 希望しない（どちらかに○）			

医師の診断のもと、次の事項を確認の上、食物アレルギー対応食（除去食）の実施を申請します。

- アナフィラキシーショック症状を過去に発症したことがない又は、対応食（除去食）の喫食について医師の承諾を得ています。
- 除去する食物アレルゲンは、次のとおりです。
 - 給食センターは、卵及び乳の両方の食物を除去します。
 - 桜台小中学校は、卵を除去します。

*牛乳の停止を希望する場合は、別途停止届が必要となります。
- 給食費は通常食と同様となります。
 ただし、牛乳を停止している場合は、牛乳代を減額します。
- 簡易な代替食では必要な栄養価を充分確保するものではありません。
- 簡易な代替食を提供できない場合は、一部弁当持参となります。
- 対応食（除去食）は、専用容器で提供します。（桜台小中学校を除く。）
- 除去している食物の喫食が可能となった場合は、速やかに除去食停止を願い出ます。

以下、学校等記入欄

上記のとおり申請書の提出がありましたので、給食センターへ送付します。					送付	給食センター		
学 校						所 長	栄 養 士	班 員
校 長	教 頭	養護教諭	給食担当 栄養士等	学級担任				

(受付日 年 月 日)

(送付日 年 月 日)

①保護者 ⇒ ②学校（コピー保管） ⇒ ③給食センター（原本）

食物アレルギー対応食（除去食）実施決定通知書

白 学 給 第 号
年 月 日

保護者名 様

白井市教育委員会 ㊤

年 月 日付けで申請のあった食物アレルギー対応食（除去食）
実施申請については、次のとおり決定したので通知します。

学校名	学 校		氏 名	年 月 日
	学 年	組	生年月日	
決 定 内 容	除去食を実施する。 (給食センター：卵・乳の除去) (桜台小中学校：卵除去)		飲用牛乳を 停止する。 停止しない。	
	除去食を実施しない。 ・詳細な献立での閲覧で対応		飲用牛乳を 停止する。 停止しない。	
	除去食を提供しない。 ・弁当持参で対応(全部・一部)		飲用牛乳を 停止する。 停止しない。	
除去食 開始月	年 月 から開始します。			
特 記 事 項				

① 給食センター ⇒ ②学校 (コピー保管) ⇒ ③保護者 (原本)

学校給食センター 電話 047-492-1081
桜台小学校 電話 047-492-7010
桜台中学校 電話 047-492-7020

食物アレルギー対応食（除去食）停止願い

年 月 日

白井市教育委員会 宛て
 学校長 宛て

保護者氏名 _____

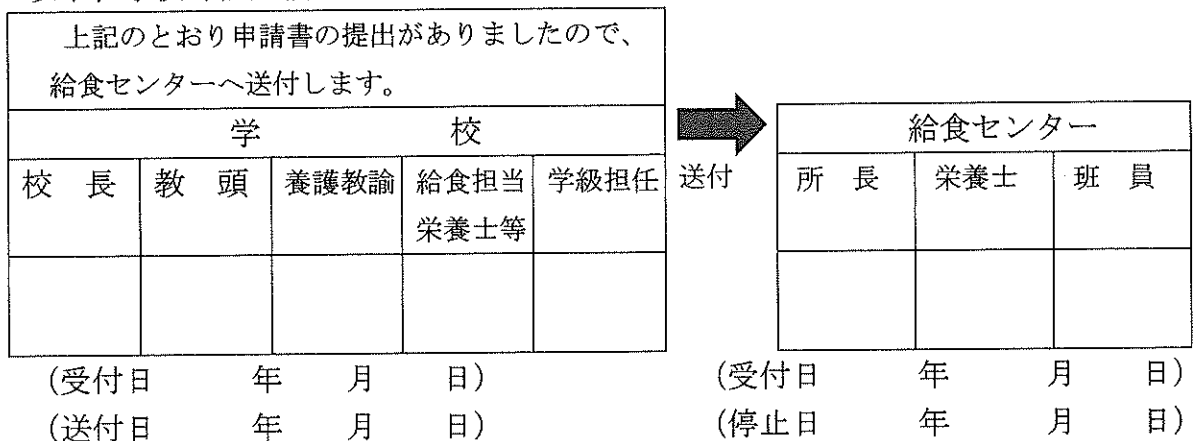
医師の診断のもと、学校給食における食物アレルギー対応食（除去食）の停止を
 願い出ます。

なお、学校生活管理指導表に必要事項を記入し、併せて提出します。

学校名	学 校	ふり 氏 名	
	学 年 組	生年月日	年 月 日
住 所	白井市	電 話	()

*食物アレルギー除去食の停止は停止願い提出後（学校受理後）、15日以内となります。

以下、学校等記入欄



①保護者 ⇒ ②学校（コピー保管） ⇒ ③給食センター（原本）

食物アレルギー対応食（除去食）停止通知書

年 月 日

保護者 様

白井市教育委員会 印

年 月 日に提出があった「食物アレルギー対応食（除去食）停止
願い」に基づき、下記のとおり食物アレルギー対応食（除去食）を停止します。

記

1. 停止対象児童・生徒

学校名	学 校	氏 名	
	学 年 組	生年月日	年 月 日
住 所	白井市	電 話	()

2. 停止日 年 月 日から

①給食センター ⇒ ②学校（コピー保管） ⇒ ③保護者（原本）

学校給食センター 電話 047-492-1081

桜台小学校 電話 047-492-7010

桜台中学校 電話 047-492-7020