

◇ 妙高市アレルギー対応マニュアル様式集〈学校版〉 ◇

1 実態把握と学校生活管理指導票(アレルギー疾患用)の提出

様式番号	様式名	提出の流れ	備考
学1	食物アレルギー調査票の提出について	学校⇒保護者	就学時健診、入学説明会案内と一緒に配付
学2	食物アレルギー調査用紙(新入生用)	学校⇔保護者	
学3	学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)	学校 ⇔ 保護者 (保護者⇔主治医)	作成:主治医
学4	食物アレルギーの給食対応の継続について(在校生用)	学校⇒保護者	対応者に配付
学5	食物アレルギー対応解除届	学校⇔保護者	

2 保護者との面談の実施 ※新入学児童は移行学級時に実施、新入学生とは中学校説明会時に実施

様式番号	様式名	提出の流れ	備考
学6	食物アレルギー個別対応プラン(面談記録)	面談者⇒ アレルギー対応委員会(校内)	

3 対応の決定及び保護者への通知

様式番号	様式名	提出の流れ	備考
学7	食物アレルギー個別対応プラン(決定)	学校⇒保護者	対応の決定は校長
学8	個別経過記録票	学校保管	
参考	食物アレルギー対応表	学校⇒保護者	

4 緊急時の対応

様式番号	様式名	提出の流れ	備考
学9	緊急時の対応手順	学校保管	緊急時確認用
学10	症状チェックシート	学校保管	
学11	緊急時対応経過記録票	学校⇒救急隊員	緊急時対応用

5 関係機関への報告

様式番号	様式名	提出の流れ	備考
学12	学校給食における食物アレルギー対応者一覧表	学校⇒市教委	対応に変更が生じたときは、修正後再提出する。
学13	アドレナリン自己注射薬の所持状況について	学校⇒市教委⇒校医	
学14	児童生徒の救急搬送時の協力依頼について	学校⇒市教委⇒消防署	
学15	学校給食を起因とする食物アレルギー発症報告書	学校⇒市教委⇒県教委	

〇〇〇学校 入学予定保護者 様

妙高市立〇〇〇学校
校長 〇〇 〇〇

食物アレルギー調査用紙の提出について

〇〇の候、皆様におかれましては、ますますご健勝のことと拝察いたします。

さて、妙高市では、食物アレルギーの原因となる食品が多様化していること、食品の摂取量・調理法、また年齢によっても症状が変わることがあること等を踏まえ、医師の診断に基づき、学校給食をはじめとする教育活動での対応を行っております。

つきましては、食物アレルギー調査票を下記のとおり提出していただきますようお願い申し上げます。

記

- 1 提出様式 食物アレルギー調査票
(食物アレルギーの有無に関わらず、押印の上、全員が提出ください)
- 2 提出期限 令和 年 月 日 ()
- 3 提出先 妙高市立〇〇〇学校 〇〇 まで
もしくは 入学書類封筒「 」に入れて提出
- 4 その他

担当 : 〇〇〇学校 〇〇〇〇 電話 〇〇 - 〇〇〇〇



食物アレルギー調査用紙

児童・生徒 氏名 _____

保護者氏名 _____ 印 _____

記入日：令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

1 現在、お子さんは食物アレルギーがありますか。(当てはまる項目に☑をしてください。)

- はい → 2～5の質問にお答えください。
 いいえ → 6の質問にお答えください

2 アレルギーの原因となる食物と症状を記入してください。

原因となる食品	症状 (例：じんましん、のどの違和感、口の周りのかゆみ)
<input type="checkbox"/> 鶏卵	
<input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品	
<input type="checkbox"/> 小麦	
<input type="checkbox"/> そば	
<input type="checkbox"/> 種実類 ()	
<input type="checkbox"/> その他 ()	

3 アナフィラキシーショックの経験はありますか。

- はい いいえ

4 食物アレルギーについて、医療機関を受診していますか。

- はい いいえ

アナフィラキシーショックとは
アレルギー反応により、じん麻疹などの
皮膚症状、ゼーゼー、息苦しさなどの
呼吸器症状が、複数同時かつ急激に出現
した状況をアナフィラキシーという。そ
の中でも、血圧が低下し意識レベルの低
下や脱力をきたすような場合を、特にア
ナフィラキシーショックという。

5 給食での対応(除去食・代替食など)を希望されますか。

※対応が必要な場合は、医師が記入した学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)の提出が必要です。

- はい いいえ

6 食物アレルギーに関して心配なことはありますか。

()

- 緊急時の対応のため、この調査票に記載された内容については、職員全員で共有し、学校における食物アレルギー対応のために活用させていただきます。
- 個別に御相談をさせていただく場合がありますので、御協力お願いいたします。
- 学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)の提出が必要な場合は、月 日の就学時健診時にお渡しします。

名前 _____ 男・女 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳) _____ 学校 _____ 年 _____ 組 提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病型・治療		学校生活上の留意点		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>★保護者 電話： _____</p> <p>★連絡医療機関 医療機関名： _____</p> <p>電話： _____</p> </div>		
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	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	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		【緊急時連絡先】	
	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 (「インターール®」) 4. その他 (_____)	D. 急性発作時の対応 (自由記載)	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 (_____)			記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	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 (_____)		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			医師名 _____ (印)
	D. その他の配慮・管理事項 (自由記載)		医療機関名 _____			
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。 <small>*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</small>		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	C. 発汗後 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	医師名 _____ (印)		
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. 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)	医療機関名 _____		
食物アレルギーの合併 1. あり 2. 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. 保護者と相談し決定 3. プールへの入水不可		医師名 _____ (印)		
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. 保護者と相談し決定		医療機関名 _____		
C. その他の配慮・管理事項 (自由記載)						

名前 _____ 男・女 _____ 年 _____ 月 _____ 日生（ _____ 歳） _____ 学校 _____ 年 _____ 組 提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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： _____
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. 保護者と相談し決定	
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（ _____ ）		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. 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. 鶏卵 《 _____ 》 2. 牛乳・乳製品 《 _____ 》 3. 小麦 《 _____ 》 4. ソバ 《 _____ 》 5. ピーナッツ 《 _____ 》 6. 種実類・木の実類 《 _____ 》（ _____ ） 7. 甲殻類（エビ・カニ）《 _____ 》 8. 果物類 《 _____ 》（ _____ ） 9. 魚類 《 _____ 》（ _____ ） 10. 肉類 《 _____ 》（ _____ ） 11. その他1 《 _____ 》（ _____ ） 12. その他2 《 _____ 》（ _____ ）		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. 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（「エビペン®」） 3. その他（ _____ ）		D. 宿泊を伴う校外活動 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）		E. その他の配慮・管理事項（自由記載）	
【診断根拠】 該当するものを《 》内に記載 ① 明らかな症状の既往 ② 食物負荷試験陽性 ③ IgE抗体等検査結果陽性			
		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
		医師名 _____ ⑩	
		医療機関名 _____	
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. 保護者と相談し決定	医師名 _____ ⑩
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（ _____ ）		B. その他の配慮・管理事項（自由記載）	医療機関名 _____

●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 - 学4>
(在校生用)

令和〇〇年〇月〇日

保護者 様

妙高市立〇〇〇学校
校長 〇〇 〇〇

食物アレルギーの給食対応の継続について

日頃より、学校給食につきまして、ご理解、ご協力をいただき感謝申し上げます。

学校給食での食物アレルギーによる除去食や代替食については、提出していただいた学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）をもとに対応をさせていただいております。

食物アレルギーは、年齢が進むとともに症状が改善される場合があることから、年に1～2回医療機関を受診し、必要最小の食物除去を行うことが望ましいとされています。学校給食の具体的な対応についても、受診結果をもとに年1回確認をさせていただきたいと考えております。

つきましては、下記のとおり書類をご提出いただきますようお願いいたします。

記

- 1 提出書類 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用） ※医師が記入します
- 2 提出期限 令和〇〇年 〇月〇日（〇）まで
※間に合わない場合はご連絡ください。
- 3 提出先 妙高市立〇〇〇学校 〇〇 まで

4 その他

今年度との対応の変更の有無に関わらず、医療機関を受診し、学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）の提出をお願いいたします。

担当：〇〇〇学校 〇〇〇〇
電話 〇〇 - 〇〇〇〇

令和____年____月____日

妙高市立〇〇〇学校長 様

食物アレルギー対応解除届け

保護者氏名 _____ 印

食物アレルギーによる学校給食の対応について、食物アレルギーが改善されましたので、下記のとおり解除をお願いします。

記

児童生徒氏名 _____ 年 組 _____

(1) 解除食品 (例: 卵)

(2) 解除開始日

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

(3) 提出書類

・学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用) ※医師が記入します



食物アレルギー個別対応プラン(面談記録)

面談年月日	令和 年 月 日	(記入者:)	
学年・組・番号	年 組 (番)	生年月日	
ふりがな		<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 (令和 2 年4月1日現在 歳)	
児童生徒名			
面談者	保護者(続柄 父・母・祖母・祖父・その他) 校長・教頭・学級担任・養護教諭・栄養教諭等・その他()		

*記載内容は、学校生活管理指導表が提出された際等、適宜見直すこと。

食物アレルギーの病型	<input type="checkbox"/> 即時型 <input type="checkbox"/> 口腔アレルギー症候群 <input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー				
原因食物	症状が現れた時期		発症時の症状	給食での対応	配慮事項ほか
	初発	最後			
1	歳頃	歳頃		<input type="checkbox"/> 対応なし <input type="checkbox"/> 除去食・代替食を提供 <input type="checkbox"/> 弁当持参 <input type="checkbox"/> その他()	
2	歳頃	歳頃		<input type="checkbox"/> 対応なし <input type="checkbox"/> 除去食・代替食を提供 <input type="checkbox"/> 弁当持参 <input type="checkbox"/> その他()	
3	歳頃	歳頃		<input type="checkbox"/> 対応なし <input type="checkbox"/> 除去食・代替食を提供 <input type="checkbox"/> 弁当持参 <input type="checkbox"/> その他()	
4	歳頃	歳頃		<input type="checkbox"/> 対応なし <input type="checkbox"/> 除去食・代替食を提供 <input type="checkbox"/> 弁当持参 <input type="checkbox"/> その他()	
5	歳頃	歳頃		<input type="checkbox"/> 対応なし <input type="checkbox"/> 除去食・代替食を提供 <input type="checkbox"/> 弁当持参 <input type="checkbox"/> その他()	
アナフィラキシー病型既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ 病型 <input type="checkbox"/> 食物によるアナフィラキシー <input type="checkbox"/> 食物依存型運動誘発アナフィラキシー <input type="checkbox"/> その他() ⇒ 今までの発症回数や直近の発症等 (回) ()				

症状が出た時の対応	症状が出た時の対応手順		薬名	保管場所	医師からの指示事項 (飲ませるタイミングなど)
	処方されている薬	内服薬			
		吸入薬			
		外用薬			
		エピペン®			

[緊急連絡先]

優先順位	氏名	続柄	電話番号	連絡先
1				自宅・職場・携帯
2				自宅・職場・携帯

対応方法（学校生活管理指導表の確認）	
学校生活上の対応	<input type="checkbox"/> A. 給食 学校生活上の留意点 <input type="checkbox"/> 1. 管理不要 <input type="checkbox"/> 2. 保護者と相談し決定
	<input type="checkbox"/> B. 食物・食材を扱う授業・活動 学校生活上の留意点 <input type="checkbox"/> 1. 配慮不要 <input type="checkbox"/> 2. 保護者と相談し決定
	<input type="checkbox"/> C. 運動(体育・部活動等) 学校生活上の留意点 <input type="checkbox"/> 1. 管理不要 <input type="checkbox"/> 2. 保護者と相談し決定
	<input type="checkbox"/> D. 宿泊を伴う校外活動 学校生活上の留意点 <input type="checkbox"/> 1. 配慮不要 <input type="checkbox"/> 2. 食事やイベントなどで配慮が必要
	<input type="checkbox"/> E. その他の配慮・管理事項
確認事項	
学校給食の対応	<input type="checkbox"/> 代替食・除去食は、基本献立と見た目が異なる
	<input type="checkbox"/> 食器やお盆は、他の児童・生徒と違う柄・色になる
	<input type="checkbox"/> 同一校内で複数の対応食は実施しないため、食べられる食材が除去される場合がある
	<input type="checkbox"/> 詳細な献立表の連絡方法
	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー対応確認表の連絡方法
	<input type="checkbox"/> 献立変更時の連絡方法
	<input type="checkbox"/> 弁当の保管方法
	<input type="checkbox"/> 給食費の対応
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
その他記録事項	

・面談の内容を全ての教職員で、情報共有することに同意します。

令和 年 月 日 保護者氏名 _____

年 月 日

校長	保健主事	給食主任	担任	養護教諭	栄養教諭等	供覧

秘

食物アレルギー個別対応プラン(決定)

面談年月日	令和 年 月 日	(記入者:)	
学年・組・番号	年 組 (番)	生 年 月 日	
ふりがな		<input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
児童生徒名		<input type="checkbox"/> 令和	(令和 年4月1日現在 歳)
面談者	保護者(続柄 父・母・祖母・祖父・その他) 校長・教頭・学級担任・養護教諭・栄養教諭等・その他()		

*記載内容は、学校生活管理指導表が提出された際等、適宜見直すこと。

食物アレルギーの病型	<input type="checkbox"/> 即時型 <input type="checkbox"/> 口腔アレルギー症候群 <input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー				
原因食物	症状が現れた時期		発症時の症状	給食での対応	配慮事項ほか
	初発	最後			
1	歳頃	歳頃		<input type="checkbox"/> 対応なし <input type="checkbox"/> 除去食・代替食を提供 <input type="checkbox"/> 弁当持参 <input type="checkbox"/> その他()	
2	歳頃	歳頃		<input type="checkbox"/> 対応なし <input type="checkbox"/> 除去食・代替食を提供 <input type="checkbox"/> 弁当持参 <input type="checkbox"/> その他()	
3	歳頃	歳頃		<input type="checkbox"/> 対応なし <input type="checkbox"/> 除去食・代替食を提供 <input type="checkbox"/> 弁当持参 <input type="checkbox"/> その他()	
4	歳頃	歳頃		<input type="checkbox"/> 対応なし <input type="checkbox"/> 除去食・代替食を提供 <input type="checkbox"/> 弁当持参 <input type="checkbox"/> その他()	
5	歳頃	歳頃		<input type="checkbox"/> 対応なし <input type="checkbox"/> 除去食・代替食を提供 <input type="checkbox"/> 弁当持参 <input type="checkbox"/> その他()	
アナフィラキシー病型既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ 病型 <input type="checkbox"/> 食物によるアナフィラキシー <input type="checkbox"/> 食物依存型運動誘発アナフィラキシー <input type="checkbox"/> その他() ⇒ 今までの発症回数や直近の発症等 (回) ()				

症状が出た時の対応	症状が出た時の対応手順		薬名	保管場所	医師からの指示事項 (飲ませるタイミングなど)
	処方されている薬	内服薬			
		吸入薬			
		外用薬			
エピペン®					

[緊急連絡先]

優先順位	氏名	続柄	電話番号	連絡先
1				自宅・職場・携帯
2				自宅・職場・携帯

対応方法（学校生活管理指導表の確認）		
学校生活上の対応	<input type="checkbox"/> A. 給食 学校生活上の留意点 <input type="checkbox"/> 1. 管理不要 <input type="checkbox"/> 2. 保護者と相談し決定	
	<input type="checkbox"/> B. 食物・食材を扱う授業・活動 学校生活上の留意点 <input type="checkbox"/> 1. 配慮不要 <input type="checkbox"/> 2. 保護者と相談し決定	
	<input type="checkbox"/> C. 運動(体育・部活動等) 学校生活上の留意点 <input type="checkbox"/> 1. 管理不要 <input type="checkbox"/> 2. 保護者と相談し決定	
	<input type="checkbox"/> D. 宿泊を伴う校外活動 学校生活上の留意点 <input type="checkbox"/> 1. 配慮不要 <input type="checkbox"/> 2. 食事やイベントなどで配慮が必要	
	<input type="checkbox"/> E. その他の配慮・管理事項	
学校給食の対応	確認事項	
	<input type="checkbox"/> 代替食・除去食は、基本献立と見た目が異なる	
	<input type="checkbox"/> 食器やお盆は、他の児童・生徒と違う柄・色になる	
	<input type="checkbox"/> 同一校内で複数の対応食は実施しないため、食べられる食材が除去される場合がある	
	<input type="checkbox"/> 詳細な献立表の連絡方法	
	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー対応確認表の連絡方法	
	<input type="checkbox"/> 献立変更時の連絡方法	
	<input type="checkbox"/> 弁当の保管方法	
	<input type="checkbox"/> 給食費の対応	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
その他記録事項		

①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、本表に記載された内容を全ての教職員で共有することに同意します。

②緊急時に備え、事前に校医、〇〇消防署に処方されている薬や本表に記載された内容を伝えることに同意します。

令和 年 月 日 保護者氏名 印

個別経過記録票(小学校)

作成日 年 月 日

氏名		年度末の確認書類 (保護者通知年月日)
1 年 組 番	① 年度途中の変更事項 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 学3 学校生活管理指導表 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> <input type="checkbox"/> 学7 個別対応プラン <div style="text-align: right;">年 月 日</div>
	*解除 <input type="checkbox"/> 学5 対応解除届	
	*追加 <input type="checkbox"/> 学3 管理指導表	
	*誤食 <input type="checkbox"/> 学15 誤食等事故報告書	
2 年 組 番	① 年度途中の変更事項 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 【具体的内容】	<input type="checkbox"/> 学4 給食対応の継続について (在校生用) <div style="text-align: right;">年 月 日</div> <input type="checkbox"/> 学3 学校生活管理指導表 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> <input type="checkbox"/> 学7 個別対応プラン <div style="text-align: right;">年 月 日</div>
	*解除 <input type="checkbox"/> 学5 対応解除届	
	*追加 <input type="checkbox"/> 学3 管理指導表	
	*誤食 <input type="checkbox"/> 学15 誤食等事故報告書	
3 年 組 番	① 年度途中の変更事項 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 学4 給食対応の継続について (在校生用) <div style="text-align: right;">年 月 日</div> <input type="checkbox"/> 学3 学校生活管理指導表 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> <input type="checkbox"/> 学7 個別対応プラン <div style="text-align: right;">年 月 日</div>
	*解除 <input type="checkbox"/> 学5 対応解除届	
	*追加 <input type="checkbox"/> 学3 管理指導表	
	*誤食 <input type="checkbox"/> 学15 誤食等事故報告書	

個別経過記録票(小学校)

氏名		年度末の確認書類 (保護者通知年月日)
4年 組 番	① 年度途中の変更事項 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 【具体的内容】	<input type="checkbox"/> 学4 給食対応の継続について (在校生用) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 学3 学校生活管理指導表 年 月 日 <input type="checkbox"/> 学7 個別対応プラン 年 月 日
	*解除 <input type="checkbox"/> 学5 対応解除届	
	*追加 <input type="checkbox"/> 学3 管理指導表	
5年 組 番	① 年度途中の変更事項 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 【具体的内容】	<input type="checkbox"/> 学4 給食対応の継続について (在校生用) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 学3 学校生活管理指導表 年 月 日 <input type="checkbox"/> 学7 個別対応プラン 年 月 日
	*解除 <input type="checkbox"/> 学3 学校生活管理指導表、学5 対応解除届	
	*追加 <input type="checkbox"/> 学3 学校生活管理指導表	
6年 組 番	① 年度途中の変更事項 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 【具体的内容】	中学校への引き継ぎ <input type="checkbox"/> 学8 個別経過記録票(写) <input type="checkbox"/> 学7 個別対応プラン(写)
	*解除 <input type="checkbox"/> 学5 対応解除届	
	*追加 <input type="checkbox"/> 学3 学校生活管理指導表	
②特記事項(ヒヤリハット・誤食等) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 【具体的内容】		
*誤食 <input type="checkbox"/> 学15 誤食等事故報告書		

個別経過記録票(中学校)

作成日 年 月 日

氏名		年度末の確認書類 (保護者通知年月日)
1 年 組 番	① 年度途中の変更事項 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 学3 学校生活管理指導表 年 月 日 <input type="checkbox"/> 学7 個別対応プラン 年 月 日
	*解除 <input type="checkbox"/> 学5 対応解除届	
	*追加 <input type="checkbox"/> 学3 管理指導表	
2 年 組 番	① 年度途中の変更事項 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 学4 給食対応の継続について (在校生用) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 学3 学校生活管理指導表 年 月 日 <input type="checkbox"/> 学7 個別対応プラン 年 月 日
	*解除 <input type="checkbox"/> 学5 対応解除届	
	*追加 <input type="checkbox"/> 学3 管理指導表	
3 年 組 番	① 年度途中の変更事項 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 学4 給食対応の継続について (在校生用) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 学3 学校生活管理指導表 年 月 日 <input type="checkbox"/> 学7 個別対応プラン 年 月 日
	*解除 <input type="checkbox"/> 学5 対応解除届	
	*追加 <input type="checkbox"/> 学3 管理指導表	
②特記事項(ヒヤリハット・誤食等) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 【具体的内容】 *誤食 <input type="checkbox"/> 学15 誤食等事故報告書		/

年 組

〇〇 △△ さん

< 緊急時の対応手順(例) >

異変を発見

◇アレルギー症状がある
(食物の関与の疑い)

◇原因食物を食べた
(可能性を含む)

◇原因食物に触れた
(可能性を含む)

発見者が行うこと

1. 子どもから目を離さない
2. 助けを呼び、人を集める
3. エピペンと内服薬を持ってくるように指示する。

1. 何を食べたか?
2. いつ食べたか?
3. 食べてどのくらいで?
4. 症状は?

職員 A <準備>

1. エピペンの準備
2. 内服薬の準備
3. AEDの準備
4. エピペンの介助
5. 心肺蘇生やAEDの介助

校長・教頭

※役割の確認・指示

様式-学 10 症状チェックシートを確認しながら、症状の確認を行う。

- 湿疹の程度
- 呼吸は？(ゼーゼー?)
- 呼びかけに反応する?
- 顔色は？機嫌は？
- ※緊急性が高い症状はあるか?

緊急性5分
以内の判断

職員 B <連絡>

1. 保護者へ連絡をする
 - アレルギー症状発生時の連絡
症状確認・対応指示
 - 緊急の場合は、救急車の要請報告
 - ① ☎ (母)
 - ② ☎ (父)
 - ③ ☎ ()
2. 救急車を呼ぶ 119 番

個別対応プラン
を参照

緊急性 なし

- ① 内服薬を飲ませる
- ② 保健室または、安静にできる場所へ移動する
- ③ **5分ごとに症状を確認**し
症状チェックシートに従い
判断する。

※緊急性の高いアレルギー症状の出現に注意！！

緊急性 あり

- ① ただちにエピペンを使用
- ② 救急車(119)の要請
- ③ その場で安静にする
※立たせない。歩かせない
- ④ 可能なら内服薬を飲ませる

反応なし 呼吸なし

- 心肺蘇生法をおこなう
- AEDの使用

◇◇ 学校です。
連絡してある【〇年〇組 ▲△□
■さん】に**アナフィラキシーショック**
症状がみられます。
大至急、**救急車と救命救急士を
お願いします。**

- ◆緊急時対応経過記録票
- ◆エピペン

持参

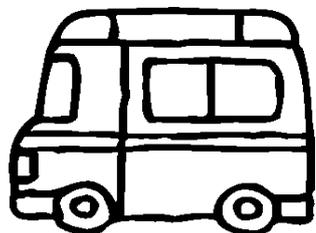
搬送先医師の診察
けいなん総合病院
☎ (70) - 3161

【主治医】
●●クリニック
☎ 025-000-0000

報告

学校医： 医院
☎ () -

学校教育係
☎ (74) - 0039



消防署 119番

※「アドレナリン自己注射(薬)」は「エピペン」と表記する。

症状チェックシート

★症状は急激に変化することがあるため、目を離さず、注意深く症状を観察する。経過は裏面の記録表を活用する。

★ の症状が一つでもあてはまる時は、エピペン®を使用する。(内服薬との併用は可能)

対象児童生徒名

観察を開始した時刻(時 分) 内服した時刻(時 分) エピペン®を使用した時刻(時 分)

全身の 症状	<input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 意識もうろう <input type="checkbox"/> 尿や便をもらす <input type="checkbox"/> 脈がふれにくいまたは不規則	症状なし	症状なし
呼吸器 の症状	<input type="checkbox"/> のどや胸が締め付けられる <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 犬がほえるような咳 <input type="checkbox"/> 息がしにくい <input type="checkbox"/> 持続する強い咳き込み	<input type="checkbox"/> 数回の軽い咳	症状なし
消化器 の症状	<input type="checkbox"/> 持続する強い(がまんできない) お腹の痛み <input type="checkbox"/> 繰り返し吐き続ける	<input type="checkbox"/> 中等度のお腹の痛み <input type="checkbox"/> 1～2回のおう吐 <input type="checkbox"/> 1～2回の下痢	<input type="checkbox"/> 軽いお腹の痛み (がまんできる)
目・口・ 鼻・顔面 の症状	上記の症状が 1つでもあてはまる場合	<input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ <input type="checkbox"/> まぶたの腫れ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ、充血 <input type="checkbox"/> 口に中の違和感、唇の腫れ <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、鼻づまり
皮膚の 症状		<input type="checkbox"/> 強いかゆみ <input type="checkbox"/> 全身に広がるじんましん <input type="checkbox"/> 全身が真っ赤	<input type="checkbox"/> 軽度のかゆみ <input type="checkbox"/> 数個のじんましん <input type="checkbox"/> 部分的な赤み
		1つでもあてはまる場合	1つでもあてはまる場合

- ①ただちにエピペン®を使用する。
- ②救急車を要請する
- ③その場で安静にする
(立たせたり、歩かせたりしない)
- ④その場で救急隊を待つ
- ⑤可能なら内服薬を飲ませる

**ただちに救急車で
医療機関へ搬送**

- ① 内服薬を飲ませ、
エピペン®を準備する
- ② 速やかに医療機関に
受診する
(救急車の要請も考慮)
- ③ 医療機関に到着する
まで目を離さずに観察、
記録し、 の症状
が1つでも当てはまる
場合、エピペン®を使用
する

**速やかに
医療機関を受診**

- ① 内服薬を飲ませる
- ② 目を離さずに観察し、
症状の経過を記録
する。症状の改善が
みられない場合は
医療機関を受診する

安静にし、

(食物アレルギー)

緊急時対応経過記録票

緊急時の持ち出し品

- ・給食日誌
- ・加工品配合表

<様式-学11>

(緊急時に保護者または、救急隊へ)

記録者: ()

名前

生年月日: 平成 年 月 日 (歳)

誤食をした時間	令和 年 月 日	午前・午後	時 分
発症時間	令和 年 月 日	午前・午後	時 分
食べたものその量			
連絡確認	<input type="checkbox"/> 保護者への連絡 <input type="checkbox"/> 主治医、嘱託医への連絡 <input type="checkbox"/> 校長への連絡		
初期対応	<input type="checkbox"/> 食物が皮膚に触れて症状がある	⇒ 触れた皮膚を流水で洗い流す	(時刻: 時
	<input type="checkbox"/> 眼症状がある	⇒ 目を流水で洗う	(時刻: 時
	<input type="checkbox"/> 食物が口の中にある	⇒ 食べ物を吐き出させて、十分にゆすぐ	(時刻: 時
処置	【内服の使用】	あり ・ なし (内容)	時 分
	【エピペンの使用】	あり ・ なし (内容)	時 分

◆症状のチェックは緊急性が高い、左の欄から行う(■⇒■⇒■)

全身	<input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 意識がもうろう <input type="checkbox"/> 尿や便を漏らす <input type="checkbox"/> 脈が触れにくいまたは不規則 <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い	症状なし	症状なし
呼吸器	<input type="checkbox"/> のどや胸が締め付けられる <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 犬が吠えるような席 <input type="checkbox"/> 息がしにくい <input type="checkbox"/> 持続する強い咳き込み <input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸	<input type="checkbox"/> 数回の軽い咳	症状なし
消化器	<input type="checkbox"/> 持続する(がまんできない)お腹痛い <input type="checkbox"/> 繰り返す嘔吐 <input type="checkbox"/> 繰り返す下痢	<input type="checkbox"/> 中等度のお腹痛い <input type="checkbox"/> 1~2回の嘔吐 <input type="checkbox"/> 1~2回の下痢	<input type="checkbox"/> 軽い(がまんできる)お腹痛い <input type="checkbox"/> 吐き気
目・鼻・口・顔	<div style="background-color: red; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> 上記の症状が 1つでも当てはまる場合 </div>	<input type="checkbox"/> 顔全体の晴れ <input type="checkbox"/> まぶたの晴れ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ、充血 <input type="checkbox"/> 口の中の違和感 <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、鼻づまり
皮膚		<input type="checkbox"/> 強いかゆみ <input type="checkbox"/> 全身に広がるじんま疹 <input type="checkbox"/> 全身が真っ赤	<input type="checkbox"/> 軽度のかゆみ <input type="checkbox"/> 数個のじんま疹 <input type="checkbox"/> 部分的な赤み
		1つでも当てはまる場合	1つでも当てはまる場合
		ただちに緊急対応	速やかに医療を受診
		安静にし、注意深く経過観察	

症状経過 処置	時間	症状経過・処置など	対応者名	対応(チェック)
		:		
	:			
	:			
	:			
	:			
	:			
	:			
	:			
	:			
	:			

※「アドレナリン自己注射(薬)」を「エピペン」と表記する。

妙高市立 ○○○学校
 学校医 ○○ ○○ 様

(学校→市教委→校医)

妙高市立○○○学校
 校長 ○○ ○○

アドレナリン自己注射薬 (エピペン®) の所持状況について

下記の児童生徒について、「アドレナリン自己注射薬『エピペン®0.15mg』・『エピペン®0.3mg』」を所持しております。
 学校でも預かっており、主治医の指示に基づき対応しますので、ご承知ください。

令和 年 4 月 日現在

氏名・学年	学年： 年	
性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
生年月日	令和 年 月 日 (歳)	
アレルギー		
投薬の指示	<input type="checkbox"/> あり (薬名：)	
アドレナリン自己注射薬の所持 「エピペン®0.15mg」 「エピペン®0.3mg」	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 「エピペン®0.15mg」 <input type="checkbox"/> 「エピペン®0.3mg」
アナフィラキシーショック経験	<input type="checkbox"/> あり (回)	<input type="checkbox"/> なし
主治医	医療機関名： 医師名： 連絡先： 0255 - -	
緊急搬送先	医療機関名： 医師名： 連絡先： 0255 - -	
保護者情報	保護者名	
	住所	妙高市
学校情報	学校名	妙高市立
	住所	妙高市
	電話	0255 - -
	校長名	
その他連絡事項		

(学校→市教委→消防署)

上越地域消防事務組合 ○○消防署 様

妙高市立○○○学校
校長 ○○ ○○

園児の救急搬送時の協力依頼について

下記の児童生徒について、主治医の指示に基づき「アドレナリン自己注射薬『エピペン®0.15mg』・『エピペン®0.3mg』」を所持しており、学校でも預かっております。緊急時の救急車の要請の際は、救急救命士の派遣をお願いいたします。

令和 年 4 月 日現在

氏名・学年	学年： 年
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	令和 年 月 日 (歳)
アレルギー	
投薬の指示	<input type="checkbox"/> あり (薬名：)
アドレナリン自己注射薬の所持 「エピペン®0.15mg」 「エピペン®0.3mg」	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 「エピペン®0.15mg」 <input type="checkbox"/> 「エピペン®0.3mg」
アナフィラキシーショック経験	<input type="checkbox"/> あり (回) <input type="checkbox"/> なし
主治医	医療機関名： 医師名： 連絡先： 0255 - -
緊急搬送先	医療機関名： 医師名： 連絡先： 0255 - -
保護者情報	保護者名
	住所 妙高市
学校情報	学校名 妙高市立
	住所 妙高市
	電話 0255 - -
	校長名
その他連絡事項	

取扱注意

学校給食を起因とする食物アレルギー発症報告書（第 報）

報告年月日				時間			現在
報告者	学校名等				職・氏名		
	電話			メール			
	ファクス			教育事務所担当職・氏名			
事故発生日時							
事故発生場所					学校管理下	<input type="checkbox"/> 管理下	<input type="checkbox"/> 管理外
対象児童生徒等	氏名（年齢）			学年・クラス			性別：○ 男子 ○ 女子
学校生活 管理指導 作成状況	作成状況	<input type="checkbox"/> 作成 <input type="checkbox"/> 未作成 <input type="checkbox"/> その他		その他の場合			
	直近作成年月日			直近面談年月日			
	原因食物	<input type="checkbox"/> 鶏卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> 種実類・木の実類 <input type="checkbox"/> 甲殻類(エビ・カニ) <input type="checkbox"/> 魚類 <input type="checkbox"/> 肉類 <input type="checkbox"/> 果物類 <input type="checkbox"/> その他					その他の場合
	緊急時処方薬	<input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 抗ヒスタミン <input type="checkbox"/> ステロイド			<input type="checkbox"/> エピペン		<input type="checkbox"/> なし
	保管場所						
学校給食対応	<input type="checkbox"/> 詳細な献立表		<input type="checkbox"/> 一部弁当対応		<input type="checkbox"/> 除去食対応		<input type="checkbox"/> 代替食対応
	対応年月日			対応年月日			対応年月日
	送付経路		配食経路		配食経路		配食経路
	<input type="checkbox"/> 未対応		<input type="checkbox"/> 保護者了解済み		<input type="checkbox"/> 初発 <input type="checkbox"/> その他		その他の場合
調理場施設名					喫食時間		
献立 ※ 献立表添付							
事故発 原因食				加工品の場合、納入業者名			
	学校給食対応		<input type="checkbox"/> 詳細な献立表 <input type="checkbox"/> 一部弁当対応		<input type="checkbox"/> 除去食対応 <input type="checkbox"/> 代替食対応		<input type="checkbox"/> 未対応
事故発生状況 及びその原因							
喫食後の運動	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	運動時刻			内容		
内服薬投与	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	投与時刻			対応者	<input type="checkbox"/> 校長等 <input type="checkbox"/> 教頭 <input type="checkbox"/> 学級担任 <input type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> その他教職員	
エピペン注射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	実施者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 校長等 <input type="checkbox"/> 教頭 <input type="checkbox"/> 学級担任 <input type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> その他教職員				
	注射時刻	補助者	<input type="checkbox"/> 校長等 <input type="checkbox"/> 教頭 <input type="checkbox"/> 学級担任 <input type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> その他教職員				

病院搬送	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	搬送先			搬送先到着時刻		
	搬送方法	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 教職員自家用車 <input type="checkbox"/> その他			その他の場合		
	対応者	<input type="checkbox"/> 校長等 <input type="checkbox"/> 教頭 <input type="checkbox"/> 学級担任 <input type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> その他教職員					
	連絡者	<input type="checkbox"/> 校長等 <input type="checkbox"/> 教頭 <input type="checkbox"/> 学級担任 <input type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> その他教職員					
	連絡時刻		到着時刻		出発時刻		
治療内容・処置 対応・経過							
入院の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	退院予定日			<input type="checkbox"/> 治療後、帰宅		
学校医・主治医 等への連絡	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> 学校医	連絡時刻		<input type="checkbox"/> 主治医	連絡時刻	
	連絡者	<input type="checkbox"/> 校長等 <input type="checkbox"/> 教頭 <input type="checkbox"/> 学級担任 <input type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> その他教職員					
	指示内容						
運動誘発性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
アレルギー症状	<input type="checkbox"/> 顔面・目・ 口・鼻の症状	<input type="checkbox"/> 顔面の腫れ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみや充血	<input type="checkbox"/> まぶたの腫れ	発症時刻		
		<input type="checkbox"/> くしゃみ・鼻水・はなづまり	<input type="checkbox"/> 口の中の違和感(イガイガ感)	<input type="checkbox"/> 唇の腫れ			
	<input type="checkbox"/> 皮膚症状	<input type="checkbox"/> じんましん→	<input type="checkbox"/> 局所 <input type="checkbox"/> 全身	<input type="checkbox"/> かゆみ・赤み→	<input type="checkbox"/> 局所 <input type="checkbox"/> 全身	発症時刻	
	<input type="checkbox"/> 消化器 症状	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 吐き気	<input type="checkbox"/> 嘔吐→	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 4回 <input type="checkbox"/> 5回以上	発症時刻	
		<input type="checkbox"/> 下痢→	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 4回 <input type="checkbox"/> 5回以上				
	<input type="checkbox"/> 呼吸器 症状	<input type="checkbox"/> 声のかすれ	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> ゼーゼー・ヒューヒュー(喘鳴)	<input type="checkbox"/> 犬が吠えるような咳	発症時刻	
		<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> 呼吸困難				
<input type="checkbox"/> 全身症状	<input type="checkbox"/> 意識→	<input type="checkbox"/> 朦朧 <input type="checkbox"/> 喪失	<input type="checkbox"/> ぐったり	<input type="checkbox"/> 尿・便を漏らす	発症時刻		
	<input type="checkbox"/> 脈が触れにくい	<input type="checkbox"/> 唇チアノーゼ	<input type="checkbox"/> 血圧低下				
	その他の 観察事項					発症時刻	
保護者への対応	連絡者	<input type="checkbox"/> 校長等 <input type="checkbox"/> 教頭 <input type="checkbox"/> 学級担任 <input type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> その他教職員				連絡時刻	
	説明日時		説明場所	<input type="checkbox"/> 保護者宅 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> その他		その他の場合	
	説明者	<input type="checkbox"/> 校長等 <input type="checkbox"/> 教頭 <input type="checkbox"/> 学級担任 <input type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> その他教職員					
	説明状況						
在校児童生徒 等への対応							
再発防止策							
備考							

※ 緊急時の場合は、手書き及び口頭により報告してください。また、保護者へ文書を配付した場合、添付してください。