

本校における アレルギー対策について

藤井寺支援学校

栄養教諭 乾 加奈恵

アレルギー対応の流れ

①アレルギー調査(様式1)の配布

全校児童生徒のアレルギーの有無を把握する。

◎新入学生

小学部・中学部→入学前の配布資料とともに郵送。(1月末)

→入学前健康観察日に回収。(2月)

高等部→願書提出時に配布。(2月)

→入学決定検査日に回収。(3月)

教育相談、願書提出時に、部主事や教務を通して伝える。

◎進級生・内部進学生→1月に配布、回収。

万が一本校に入学・進級しない場合は、迅速に処分する。

(もしくは返却する)



①～④の問いについて、該当する項目の口内に✓を、
項目によっては記入欄、()内に必要事項をご記入ください。

①食物アレルギーについて

問1. 食物アレルギーがありますか？（医師から診断されたもの）

- いいえ →問5からお答えください。
 はい →問2からのすべてお答えください。

問2. (ア)原因食物 (イ)どのような症状がでるか (ウ)主治医による食事制限の有無
の3点について、ご記入ください。

(ア)原因食物	(イ)症状	(ウ)主治医による 食事制限
たまご	じんましん	有・無
小麦	呼吸困難	有・無
		有・無
		有・無
		有・無

問3. アナフィラキシーショックを起こしたことがありますか。

- ない
 ある → 原因食物 (たまご)
 (回数: 1 回、最後の発症月日: 2014年 4月)

問3. アナフィラキシーショックを起こしたことがありますか。

ない

ある → 原因食物 (たまご)

(回数: 1 回、最後の発症月日: 2014年 4月)

問4. 主治医より、エピペン®を処方されていますか。

いいえ

はい → ○いくつ処方されていますか (2) 本

・保管場所はどこですか。該当する項目全てに✓をつけてください。

家庭

学校

本人が携帯

その他 ()

問5. ご家庭で制限している食物はありますか？(医師から診断されていないもの)

いいえ

はい →下の欄に食物名、制限している理由をご記入ください。



食物名	理由
牛乳	下痢を起こすため。

問6. 食後の運動によって食物アレルギーの症状を発症したことはありますか。

ない

ある → 原因食物 (小麦)

(回数: 1 回、最後の発症月日: 2013年 6月)

問7. 食物アレルギー（医師から診断されたもの）、食物制限（医師から診断されていないもの）に関して、エピペン®以外で、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（ ）

問8. 食物アレルギー（医師から診断されたもの）、食物制限（医師から診断されていないもの）に関して、学校における対応（給食、調理実習等の授業、校外学習、泊付き行事での対応）を希望しますか。希望する場合は、対応を希望する食物の名前をご記入ください。

- しない
 する → 食物名（ たまご、小麦 ）

※食物アレルギー（医師から診断されたもの）について学校における対応を希望された方は、**学校生活管理指導表の提出が必要**となります。また、食物制限（医師から診断されていないもの）についても、**学校における対応を希望された方は、相談の上、学校生活管理指導表が必要となる場合**がございますのでご了承ください。

②薬による食物制限

問. 服用中の薬の効用に影響するため制限している食物はありますか。

- いいえ
 はい → グレープフルーツ 納豆 クロレラ 青汁
 セイヨウオトギソウ（セント、ジョンズ、ワート）を含む食品
 その他（ ）

③食物以外のアレルギーについて

問1. 食物以外でアレルギーはありますか。

- いいえ
 はい →問2へ

問2. 原因物質とその症状をお書きください。

例：原因物質（花粉、ほこり、ダニ、ゴム、金属、動物、植物、薬など）

症状（咳・痰の絡み、目のかゆみ・充血、発疹、くしゃみ・鼻水・鼻づまり、薬疹など）

※動物や植物、薬などが原因物質の場合は、動植物名や薬品名などの詳細な情報をご記入ください。

+

原因物質	症状
花粉	咳・痰の絡み

問3. エピペン®や学校に持参する必要のある薬の有無

- ない
 ある →薬品名（ 抗ヒスタミン剤 ）

④その他、何か心配なこと、学校に伝えておきたいこと等がありましたらご記入ください。

（ ）

平成30年 1月 15日

児童生徒名 藤井寺 太郎

保護者名 藤井寺 花子

※すべての項目について、場合によっては、個別に聞き取らせていただくこともございます。

②「学校生活管理指導表」「除去の程度(様式2)」の配布

◎新入学生

小学部・中学部→入学前健康観察日に提出されるアレルギー調査(様式1)を受けて、対応が必要な児童生徒に配布する。(2月)

高等部→入学決定検査日に提出されるアレルギー調査(様式1)を受けて、対応が必要な生徒に配布する。(3月)

→給食開始日までに必ず提出してもらおう。

◎進級生・内部進学生

1月に回収されるアレルギー調査(様式1)を受けて、管理指導表が必要な児童生徒に配布する。(2月)

→給食開始日までに必ず提出してもらおう。



表 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		★保護者 電話： ★連絡医療機関 医療機関名： 電話：		
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・貼付薬 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）	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____
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：軽度の紅腫、乾燥、高熱土壌の病変 *強い炎症を伴う皮疹：紅腫、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変</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. 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. （学校施設で可能な場合）夏季シャワー浴 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 _____	
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）		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____		

病型・治療		学校生活上の留意点	★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 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. 鶏卵 ()) 2. 牛乳・乳製品 ()) 3. 小麦 ()) 4. ソバ ()) 5. ビーナッツ ()) 6. 種実類・木の实類 ()) ()) 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 ()) ()) 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 ())		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)	
アレルギー病型 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)	記載日 年 月 日 医師名 (印) 医療機関名

【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

●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： _____

【学校生活管理指導表（食物アレルギー・アナフィラキシー欄）の記入方法】

病型・治療	学校生活上の留意点	保護者記入欄
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	★保護者 電話： ①
B. アナフィラキシー病型（アナフィラキシー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. 管理不要 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. ピーナツ 「」 6. 種実類・木の实類 「」 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	★連絡医療機関 医療機関名： 電話：
	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（「エピベン®」） 3. その他（）	
【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 ③IgE抗体等検査結果陽性	E. その他の配慮・管理事項（自由記載） ③ 主治医記入欄	記載日 年 月 日 医師名 ④ 主治医記入欄 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。

②

保護者記入欄

保護者署名： _____

除去の程度

食べられるものに○、食べられないものに×を()に記入してください。

卵

食品区分	食品リスト	○×
4	生卵、生の卵白が含まれる食品(一部シャーベット、ホイップクリームなど)	
3	加熱した卵料理(ゆで卵、卵焼き、オムレツ、目玉焼き など)	
	生の卵黄が含まれる食品(アイスクリーム、マヨネーズ、カスタードクリーム など) 加熱した卵白が相当含まれる食品(プリン、茶碗蒸し、卵とじ、卵スープ など)	
2	加熱した卵が含まれる食品(ケーキ、カステラ、クッキー、菓子パン、ドーナツ、天ぷら、フライの衣 など)	
	つなぎに卵が含まれる食品(のまぼこ、ちくわ、ハム、ソーセージ、中華麺 など)	
1	全卵を極めて微量に含む食品(一部のパン、天ぷら粉、麺類のつなぎ)	

牛乳・乳製品

食品区分	食品リスト	○×
4	生の牛乳、牛乳を主原料とした食品(牛乳、調製粉乳、練乳 など)	
	生の牛乳を用いた食品(生クリーム、アイスクリームなど)	
3	牛乳が相当量含まれる食品(プリン、パバロア、クリームシチュー、ホワイトソース、ポタージュ など)	
	チーズ、ヨーグルト、バターやこれらを主要な原材料として用いた食品	
2	牛乳を多く用いたお菓子類(ケーキ、菓子パン、チョコレート、ドーナツ、カステラ など)	
	つなぎにカゼインを使用した食品(一部のハム、ソーセージ など)	
1	乳を含むマーガリン、ショートニング	
	牛乳やバターが少量含まれる食品(菓子パン、ビスケット、クッキー など)	
	乳糖	

小麦・麦製品

食品区分	食品リスト	○×
3	小麦粉を主成分とした食品(パン、うどん、パスタ、中華麺、麺、ケーキ など)	
2	小麦粉を少量使用した(肉・練り製品のつなぎ、カレーなどのルウ、フライや天ぷらの衣、麦ごはんなど)	
1	味噌、醤油、酢	

記入日 _____

児童生徒名 _____

保護者名 _____ 印 _____

肉類

食品区分	食品リスト	○×
2	肉そのもの(牛肉、鶏肉、豚肉 など)	
1	肉・骨などを使用したスープ(コンソメ、ルウ など)	

魚介類・甲殻類

食品区分	食品リスト	○×
2	甲殻類・魚そのもの(えび、かに、いわし、魚、貝 など)	
1	魚介類を使用したスープなど(だし、ソースの一部 など)	
その他	魚卵(子持ちししゃも、たらこ など) ()	
備考(×な魚介類を列記)		

大豆・大豆加工品及び豆類

食品区分	食品リスト	○×
3	大豆、枝豆、おから	
	豆乳、豆腐、厚揚げ、油揚げ、がんもどき など	
2	納豆、きな粉、またその加工品	
	市販の食物油のほとんど(大豆油、天ぷら油、サラダ油 など)	
1	マーガリン、ルウ	
	豆類(あずき、もやし、いんげん豆、グリーンピース など)	
	味噌、醤油 など	

※食品区分は数字が大きいくほど、アレルギーの程度が高くなっています。

その他：×の食材をチェックして、具体的な品名を列記してください

野菜() 果物() 米 ナッツ類()

ごま その他()

③食物アレルギーを有する児童生徒の実態及び対応の 周知・徹底 <4月・給食開始前>

提出された「アレルギー調査」(様式1)
「学校生活管理指導表」「除去の程度」(様式2)から
学校全体の「アレルギー児童生徒対応一覧表」を
作成する。(校内保健係、養護教諭、栄養教諭、保健部)

※必要に応じて保護者との面談をする。
(担任、養護教諭、栄養教諭)

☆「学校生活管理指導表」「除去の程度」「緊急時の対応表」を
関係職員に周知する。

☆「アレルギー児童生徒対応一覧表」を全職員に周知する。
(全学年にファイルを配布)



④アレルギー対応開始

給食において

- 詳細な献立表を配布し、保護者、担任、栄養教諭(保健部)で確認する。
- 教室での日常的な確認、摂食前の確認。

授業において

- 調理実習での使用食材や、調理工程などへの配慮。
- 授業で飛散の恐れがあるもの、皮膚に触れる恐れがあるものなどを授業で使用しないように配慮。



行事において

- 校外学習や泊付き行事など、校外で摂食するときには、
可能であれば、除去食や代替食を用意してもらうなどの配慮。
- 段階食を摂食する児童生徒の場合、二次調理用の器具を
他の児童生徒とは別のものにするなどの配慮。



⑤評価・見直し・個別指導

定期的に対応の評価と見直しを行います。

保護者が学校給食における対応を希望する場合は、
基本的に、毎年、学校生活管理指導表の提出を求めます。

経過による症状の軽症化によっては、医師と相談しながら
対応の見直しを検討します。

除去の解除に関しては、「食物アレルギーの除去の解除届」
(様式4)を保護者に提出してもらいます。

※新規発症した場合は、「学校生活管理指導表」を提出して
もらい、迅速に対応する。



大阪府立藤井寺支援学校校長 様

食物アレルギー 解除届

学部 _____ 学年 _____ 組

児童生徒氏名 _____

保護者氏名 _____

学校生活管理指導表で、学校生活での配慮を行っていた下記の食物について、医師の診断により除去等の配慮が必要となくなりましたことを届出いたします。

記



解除する食材	
備考	(その他特記事項があればご記入ください)

給食対応の流れ

- ① 詳細な献立表(予定)を配布する。
- ② 保護者が詳細な献立表に食べられるもの、食べられないものをチェックし、確認サインをし、担任に提出する。

《方法》

a. 食べれる献立

献立名の左側に○をつける。

b. 食べられない献立

- 1、アレルギーがある食品の横にチェックを入れる
- 2、献立名の左側に×をつける。

c. ※印に関しては、別添している加工品類の
原材料一覧表を確認する。



a

(例) 卵アレルギーの生徒

2017年 7月 4日 火曜日

献立名/食品名	内容量	一人分量	単位
【黒糖パン】			
黒糖パン	※	1.00	個
	小麦、乳		
【チキンカツ(トマトソース)】			
鶏若鶏肉胸(皮なし)		50.00	g
食塩		0.10	g
白こしょう		0.03	g
マヨネーズ(全卵型)	たまご	3.71	g
パン粉(乾燥)	※	7.42	g
	小麦、大豆、乳		
オリーブ油		3.00	g
にんにく(りん壺)		0.30	g
玉葱		8.00	g
トマト缶詰・ダイスカット		33.41	g
トマトケチャップ	※	3.71	g
三温糖		2.00	g
食塩		0.20	g
	アレルギーなし		

X

b-2

b-1

C

小麦、乳

小麦、大豆、乳

アレルギーなし

③保護者がチェックし、提出された詳細な献立表を
担任、栄養教諭(保健部)が確認し、それぞれ確認サインをする。

様

7月の献立予定です。確認をお願いします。

7月の献立の確認をしました。

保護者 _____

担任 _____

栄養教諭 _____

①予定献立の配布

②保護者様による献立の確認 (確認後はサインをする。)

③担任、栄養教諭による献立の確認 (確認後はサインをする。)

※献立変更があった場合はそのつど連絡させていただきます。

※現在、代替食・除去食の実施はできていませんが、パンをお粥に変更することは可能です。

※加工食品につきまして不明な点は栄養教諭までご質問ください。

平成27年 4月 21日 火曜日			
献立枝番	(O:通常献立)		
料理名/食品名		一人分量	
		単位	g
○	[☆ピラフ]		
	水稲穀粒(はいが精米)		50.00

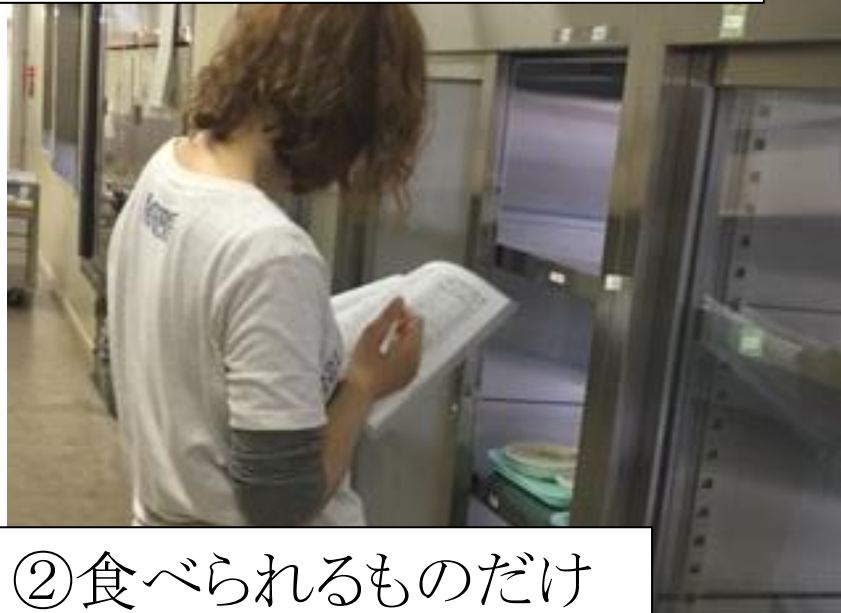
④食べる前にチェックされた献立表を再度確認する。

※段階食調理で食物アレルギーを有する児童生徒に関しては、担任が厨房まで給食を取りに来て、③のチェックされた献立表を確認し、食べられる献立のみ教室に持って行く。

※普通食で、食物アレルギーを有する児童生徒に関しては、教室で、再度確認し、各担任が責任をもって、配膳する。



①再確認し、献立の下に
担当者のサインを書く。



②食べられるものだけ
教室に持って行く。



③食べられないものは
トレーに返す。



→ ④教室で、
もう一度確認する。

給食室で気を付けていること

- 混入しないように、調理手順や、配膳に注意する。
- アレルギーの児童生徒用のお盆の色を変えている。
- アレルギーの児童生徒に関しては、配膳した後、ラップの上に献立名を記入する。
(段階食になると、どれがどの献立かわかりづらくなるため、混乱を防いでいる)
- 詳細な献立をファイリングして、トレーの間に挟んでいるが、名前が入れ替わらないように注意している。
- 栄養教諭が、直前に○×が間違っていないか確認。



教室で気を付けていること

- 教室掲示用献立にマーカーをつけ、アレルギーの献立であるということを意識づける。
- 朝の会で、その日の給食を発表する際に、アレルギーのあるメニューについても連絡する。
- 給食時、とりに行く前、もしくはとりに行った後に、再度声に出して、全員で確認する。
- 全体の食器の中から、対象の児童生徒用のスプーンを初めにとっておく。
- 調理実習を実施する前に、作るメニューと使用する食材を事前に保護者に伝えて確認をとる。



今後の取組として

- アレルギー研修(エピペンの使用方法)などの実施
- 調理実習以外での喫食届の作成・運用
(お楽しみ会などで食べるお菓子など)
- 調査表を本校に合ったものに改善。

