

# 食物アレルギー対応マニュアル

大阪府立貝塚南高等学校

## 目次

1. 食物アレルギー対応委員会について
2. 年間計画について
3. アレルギー対応を行うまでの流れ
4. エピペン®の取扱いについて
5. 調理実習等食物を扱う授業の留意事項
6. 校外学習等校外で食事をする際の留意事項
7. 緊急時対応マニュアル
8. 様式
  - (様式1) 食物アレルギー調査票
  - (様式2) 個別の取組みプラン例（保護者への対応内容通知）
  - (様式3) 調理実習計画書
  - (様式4-1) 緊急時個別対応票
  - (様式4-2) 緊急時個別対応票 経過記録票
  - (様式5) 校外活動における食物アレルギーチェック表
  - (様式6) 除去解除申請書
  - (様式7) 消防署との情報共有用紙（府立学校用）
  - (様式8) 学校生活管理指導表

## 1. 食物アレルギー対応委員会について

### 規約

- 第1条（名称） 本会は、大阪府立貝塚南高等学校「食物アレルギー対応委員会」と称する。
- 第2条（目的） すべての生徒が安全・安心に学校生活を行えるよう「学校における食物アレルギー対応ガイドライン」（令和3年度改訂 大阪府教育委員会 大阪府医師会）に基づき、学校における食物アレルギー事故を防止するために設置する。
- 第3条（会議の構成員）
1. 次の委員をもって組織する。  
校長・教頭・事務長・首席・保健主事・養護教諭・学年代表・家庭科教員  
・関係学級担任
  2. 本会の責任者は校長とする。
- 第4条（会議の内容）
1. 「食物アレルギー調査票」および「学校生活管理指導表」をもとに生徒の食物アレルギー状況の把握を行い、個別の取り組みプランを作成・検討し、校長の決裁を得る。
  2. 取り組み状況の報告および情報共有を行う。
  3. 緊急時対応の整備を行う。
- 第5条（会議の開催）
1. 第4条に基づいた確認・協議を進めるため、年3回開催する。また、必要に応じ、臨時に開催することができる。
  2. 保健主事は本会の事務を処理し、養護教諭等はこれを補佐する。
- 第6条（会議の運営）
1. この会で協議し、決定した事項は職員会議で全校教職員へ報告する。
  2. 本会で申合せた事項については、関係部門の担当者に速やかに伝達する。
  3. この規約の改正は、本会で議決し、職員会議に報告する。
- 付 則 この規約は、令和3年4月1日より適用する。  
この規約は、令和4年4月1日改訂  
この規約は、令和5年4月1日改訂

## 2. 年間計画について

月	実施内容
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個別の取組みプランの決定と共有</li> <li>・校外学習対応確認</li> </ul>
5～6	<ul style="list-style-type: none"> <li>・教育委員会に食物アレルギー対応の生徒等の状況報告</li> </ul>
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1学期の評価、改善策の検討</li> </ul>
8～11	<ul style="list-style-type: none"> <li>・校医による職員研修</li> <li>・修学旅行前の対応確認</li> </ul>
12	<ul style="list-style-type: none"> <li>・2学期の評価、改善策の検討</li> </ul>
1～2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・進学の際の校種間の連携（情報交換）</li> <li>・管理・配慮の必要な生徒等（在校生）へ、次年度の対応に向けての申請手続き ⇒学校生活管理指導表の提出を依頼</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年間の総括</li> <li>・在校生に関して学校生活管理指導表や個別面談調書等に基づき、次年度の個別の取組みプラン案の作成・仮決定</li> </ul>
通年	<ul style="list-style-type: none"> <li>○調理実習実施状況の把握</li> <li>○事故・ヒヤリハット事例の情報共有</li> <li>○消防署との情報共有</li> </ul>

## 3. アレルギー対応を行うまでの流れ

	新入生	在校生
～3月	入学者説明会 <ul style="list-style-type: none"> <li>・食物アレルギー調査票にて食物アレルギーの有無等の確認</li> <li>→食物アレルギーがあり、学校での対応を希望される場合、入学式に学校生活管理指導表を持参するよう依頼 （食品成分表等での確認等）</li> <li>*必要に応じて面談を行う</li> </ul>	前年度中 <ul style="list-style-type: none"> <li>・食物アレルギー調査票にて食物アレルギーの現状の確認</li> <li>→食物アレルギーがあり、学校での対応を希望される場合、新学期までに学校生活管理指導表の提出の依頼 （食品成分表等での確認等）</li> <li>・学校生活管理指導表の回収</li> <li>・個別の取組みプランの作成</li> </ul>
	食物アレルギー調査票をもとに一覧表を作成	
4月	入学式 <ul style="list-style-type: none"> <li>・学校生活管理指導表の回収</li> <li>・個別の取組みプランの作成</li> </ul>	
4月～	食物アレルギー調査票にて、食品を扱う授業および行事ごとに食品成分表等の確認を希望された場合、食品成分表を配付	
	新規発症など状況が変わる都度、確認を行う	

\* エピペン®を処方されている場合は、必ず学校生活管理指導表の提出を依頼する

\* 学校での対応を希望される場合は、アレルギー状況の変化がない場合も年1回の「学校生活管理指導表」の提出を依頼する。

\* アレルギー対応を解除する場合は、医師の診断により解除されたうえで、自宅で食べたり触れたりしても症状が出ないことを確認し、解除する。その場合は、除去解除申請書の提出を依頼する。

#### 4. エピペン®の取扱いについて

##### ① 情報共有

- ・エピペン®を処方されている生徒に関する情報は全校教職員で共有する。

##### ② 保護者からの聞き取り

- ・エピペン®を処方されている生徒については、保護者との面談等を実施し、アレルギー、症状、対応方法、保管場所、かかりつけ病院等について確認する。

##### ③ 対応マニュアルの確認

- ・食物アレルギー調査票および学校生活管理指導表、保護者からの聞き取りの内容をもとに、個別の取り組みプランを作成、保護者と確認を行う。

##### ④ 緊急時を想定したシミュレーション

- ・緊急時を想定し、実際の動きの確認などのシミュレーションを行う。

##### ⑤ 行事や校外学習等の際の取扱い

- ・行事や校外学習等の際はエピペン®の保管場所の確認を行う。

#### 5. 調理実習等食物を扱う授業の留意事項

- ・調理実習等食物を扱う授業の前には計画時に対象生徒のアレルギー状況を把握する
- ・アレルギー配慮対象者がいる場合はアレルギーを含む食材は使用しないことも考慮する
- ・調理実習等の前には食物アレルギーについての学習を行う
- ・調理実習等を行う際、食物アレルギー調査票にて食品成分表等の確認を希望されていた場合は、事前に成分表の配付を行う
- ・食物アレルギー調査票にて食品成分表等の確認を希望されていない場合でも、使用する食材について周知を行う
- ・食物アレルギーは新規で発症することもあることから、緊急時対応について確認を行う
- ・調理実習等を行う際は、当日に再度食材の成分表示の確認を行う  
以前に使用した食材であってもリニューアル等行われている可能性があるため必ず確認する

#### 6. 校外学習等校外で食事をする際の留意事項

##### 計画時

- ・校外学習等計画時に対象生徒のアレルギー状況を把握する
- ・校外学習等計画時に食物アレルギー調査票にて食品成分表等の確認を希望されていた場合は、事前に成分表の配付を行う
- ・食物アレルギーは新規で発症することもあることから、緊急時対応について確認を行う

##### 実施時

- ・食事等の直前にも対象生徒のアレルギー状況を確認し、配膳等誤りがないか確認を行う

## 緊急時対応マニュアル



### アレルギー症状 (マーカーは緊急性の高い症状)

#### 全身の症状

- ・意識がない
- ・意識もうろう
- ・ぐったり
- ・尿や便をもらす
- ・脈が触れにくい
- ・唇や爪が青白い

#### 消化器の症状

- ・かゆみ
- ・じんましん
- ・赤くなる

#### 顔面・目・口・鼻の症状

- ・顔面の腫れ
- ・目のかゆみや充血、まぶたの腫れ
- ・くしゃみ、鼻水、鼻づまり

#### 呼吸器の症状

- ・声がかすれる
- ・犬が吠えるような咳
- ・のどや胸が締め付けられる
- ・咳(持続する強いせき込み)
- ・息がしにくい
- ・ゼーゼー、ヒューヒュー

#### 消化器の症状

- ・腹痛(我慢できない痛み)
- ・吐き気・嘔吐  
(繰り返し吐き続ける)
- ・下痢

### ※内服薬について

誤嚥の危険性がない場合は、保護者の了承を得たうえで内服させる。

## 緊急時対応の流れ

### 管理職

- 緊急時、管理職は1名以上必ず現場へ向かい、現場到着後、リーダーとなる
- それぞれの役割の確認及び指示
- エピペン®の使用または介助
- 心肺蘇生やAEDの使用

### 発見者「観察」

- 生徒から離れず観察
- 助けを呼び、人を集める（大声または、他の生徒に呼びに行かせる）
- 教職員A・Bに「準備」「連絡」を依頼
- 管理職が到着するまでリーダー代行となる
- エピペン®の使用または介助
- 薬の内服介助
- 心肺蘇生やAEDの使用
- 時間と記録を必ず取る

### 教職員A「準備」

- 「食物アレルギー対応マニュアル」を持ってくる
- エピペン®の準備
- AEDの準備
- 内服薬の準備
- エピペン®の使用または介助
- 薬の内服介助
- 心肺蘇生やAEDの使用

### 教職員B「連絡」

- 救急車を要請する（119番通報）
- 管理職を呼び
- 保護者への連絡
- さらに人を集める

### 教職員C「記録」

- 観察を開始した時刻を記録
- エピペン®の使用した時刻を記録
- 内服薬を飲んだ時刻を記録
- 5分ごとに症状を記録
- 心肺蘇生やAEDの使用

### 教職員D～F「その他」

- 他の生徒への対応
- 救急車の誘導
- エピペン®の使用または介助
- 心肺蘇生やAEDの使用

◎食物によるアナフィラキシーショック発見から心停止までの時間は30分と報告されています。

## 8. 様式



食物アレルギー調査票

(様式 1)

1年組番	ふりがな		性別	生年月日
2年組番	名前		男女	年 月 日
3年組番				

質問1 食物アレルギーはありますか。該当する ( ) 内に○印を記入してください。

- ① ( ) ない      ② ( ) 過去にあったが、現在は症状がでない      ③ ( ) ある

上記で「③ある」を選んだ場合は、下の(例)を参考にして下記の表に記入し、質問2～4に回答してください。

アレルギーのある食品	除去の程度	状態・アレルギー反応の程度
(例) 卵	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input checked="" type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> その他(右欄に記入してください)	生・半生で反応が起こる。目が腫れ、じんましんが出る。症状が出た場合は、服薬させ、すぐに連絡してほしい。
卵	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> その他(右欄に記入してください)	
牛乳・乳製品	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> その他(右欄に記入してください)	
大豆	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> その他(右欄に記入してください)	
小麦	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> その他(右欄に記入してください)	
	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> その他(右欄に記入してください)	

特に注意されていることがあれば記入してください。

質問2 行事(校内調理実習、校外学習、修学旅行など)ごとに食品成分表などで確認を希望されますか。

- ① ( ) 希望しない  
 ② ( ) 希望する → 医療機関で「学校生活管理指導表」を記入してもらってください。

質問3 通院中の医機関はどこですか。【医療機関名 \_\_\_\_\_】

質問4 エピペン®や内服薬など緊急薬の処方がありますか。

- ① ( ) 内服薬などの処方はない  
 ② ( ) エピペン®を処方されている 【有効期限 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日】  
 ③ ( ) 内服薬を処方されている

記入日	年 月 日【1年生】	保護者署名
確認日	年 月 日【2年生】	保護者署名
確認日	年 月 日【3年生】	保護者署名
確認日	年 月 日【 _____ 】	保護者署名

(様式2) 個別の取組みプラン例 (保護者への対応内容通知)

食物アレルギー個別の取組みプラン (案・決定)

取組みプラン(案) 検討日 令和 年 月 日

保護者説明・協議日 令和 年 月 日

年 組  
生徒名 \_\_\_\_\_

校長・准校長 印	担任印	保護者印

原因食物		
卵・乳・小麦・そば・ピーナッツ・甲殻類( ) 魚( )・果物類( )・その他( )		
食物アレルギー病型		
即時型	口腔アレルギー症候群	食物依存性運動誘発 アナフィラキシー
アナフィラキシー病型 【アナフィラキシー(あり・なし)】		
食物によるアナフィラキシー	食物依存性運動誘発 アナフィラキシー	その他 ( )
原因食物 ( )	原因食物 ( )	

	具体的な配慮と対応
食物・食材を扱う活動・授業	
運 動	
宿泊等の校外学習	
持参薬	
エピペン®の保管	
その他	

(様式3)

調理実習計画書				
実施予定日時	令和 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分			
対象学年	年 組			
授業実施者				
献立名				
参加人数	予定時	名	欠席した生徒	
	実施時	名	食べなかった生徒	
アレルギー対応	アレルギー対応が必要な生徒		有(下記に詳しく記載)・無	
	生徒名	アレルゲン	対応について	
食材について	調理に使用する食材 喫食する食品			
	購入予定先			
	購入予定日			
	保存場所			
調理・喫食の手順				

参加生徒のアレルギー状況について確認を行った

アレルギーのある生徒が参加する場合、実施内容について担任や保護者と確認を行った

## ■ 緊急時個別対応票

児童生徒等名	原因食物
年 組	

緊急連絡先	連絡先	続柄	電話番号
	①		
	②		
	③		

管理状況	内服薬	有 ・ 無
		保管場所 ( )
	エピペン®	有 ・ 無
		保管場所 ( )

指定救急機関	救急	119
	所轄消防署	名称 Tel ( )
	主治医	医師名 Tel ( )
	校医	医師名 Tel ( )
	搬送医療機関	医療機関名 Tel ( )

校内内線	校長室	
	職員室	
	保健室	

## 初期対応

<input type="checkbox"/> 意識状態の確認	《意識レベルの低下》がある場合、速やかに呼吸・心拍の確認をし、応じて心肺蘇生を行いながら速やかに救急搬送する。
<input type="checkbox"/> 呼吸、心拍の確認	応じてエピペン®を注射する。
<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
<input type="checkbox"/> 眼症状がある	→眼を流水で洗い流す
<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

## ※医療機関、消防署への情報伝達

1. 年齢、性別ほか患者の基本情報
2. 食物アレルギーによるアナフィラキシー症状が現れていること。
3. どんな症状がいつから現れて、これまでに行った処置、またその時間。特に状態が悪い場合は、意識状態、顔色、心拍、呼吸数を伝えられると良い。

## ※保護者への情報伝達

1. 食物アレルギー症状が現れたこと。
2. 応じて医療機関へ状況連絡し、救急搬送することなどの了承を得る。
3. 応じてエピペン®を使用することの了承を得る。
4. 保護者が学校や医療機関に来られるか確認する。
5. 応じて搬送先を伝え、搬送先に保護者が来られるか確認する。



## 校外活動における食物アレルギーチェック表

年 組 名前

## 【原因食物】

## (施設側への確認事項)

食事の配慮について	
<input type="checkbox"/>	事前に宿泊先や施設に対して食物アレルギー対応が必要な児童生徒等の情報提供のうえ、対応ができるかどうかを確認したか。
	【除去対応できる場合】
<input type="checkbox"/>	どこまでの対応が可能かを確認したか。 〔 <input type="checkbox"/> アレルゲンを含む献立の除去 / <input type="checkbox"/> 代替食対応 / <input type="checkbox"/> その他 ( ) 〕
<input type="checkbox"/>	全ての食事において献立名・原材料を確認したか。(自由行動時含む)
	<input type="checkbox"/> 原材料一覧を取り寄せた。
	<input type="checkbox"/> 取り寄せた原材料一覧について、保護者、本人、学級担任、栄養教諭、養護教諭等と確認した。
<input type="checkbox"/>	厨房内での混入の可能性について確認したか。
<input type="checkbox"/>	当日の配席について確認したか。
その他の配慮について	
<input type="checkbox"/>	アレルゲンに触れる活動の有無について確認したか。(そば打ち、パン作り、魚をさばいて試食 など)
	<input type="checkbox"/> 有る場合は、活動内容の変更や当該児童生徒等分の活動について協議したか。
<input type="checkbox"/>	そばがら枕を使用していないか。
	<input type="checkbox"/> そばがら枕を使用している場合は、全員分の交換を依頼したか。

## (校内での確認事項)

食事の配慮について	
<input type="checkbox"/>	除去食の内容、配席について保護者、本人及び校外学習に関わる全ての教職員と情報共有したか。
間食の配慮について	
<input type="checkbox"/>	移動中の喫食について確認したか。(新幹線乗車中等、救急搬送が行えない場所での喫食等について)
<input type="checkbox"/>	場合によっては、保護者がお菓子の原材料を確認したか確認する。
緊急時対応について	
<input type="checkbox"/>	エピペン <sup>®</sup> 、内服薬の管理方法を保護者、本人及び学校医、主治医と協議したか。
	<input type="checkbox"/> 医師の紹介状(診療情報提供書)を持参するか相談したか。
<input type="checkbox"/>	決定したエピペン <sup>®</sup> 、内服薬の管理方法を保護者、本人及び校外学習に関わる全ての教職員と共有したか。 *エピペン <sup>®</sup> を学校で管理する場合は、特定の教職員が児童生徒等と行動を共にすること。
<input type="checkbox"/>	緊急時の対応を保護者、本人及び校外活動に関わる全ての教職員と確認・共有したか。
	<input type="checkbox"/> 緊急時の連絡先を保護者に確認したか。
	<input type="checkbox"/> 緊急時の搬送先の病院を確認したか。
	<input type="checkbox"/> 緊急時の役割分担を確認したか。

(様式 6)

## 除去解除申請書

令和 年 月 日

(学校名) 大阪府立貝塚南高等学校

(年組) 年 組

(生徒等名) \_\_\_\_\_

本生徒等は学校生活管理指導表により除去していた（食品名： \_\_\_\_\_）について、医師の指導のもと、これまでに複数回摂取して症状が誘発されていませんので、校外活動における除去解除をお願いします。

(保護者名) \_\_\_\_\_

( ) 消防署長 様

府立 高等学校  
校長・准校長

アドレナリン自己注射薬を処方されている生徒について (情報提供)

日頃から、本校の生徒がお世話になり、ありがとうございます。

さて、標記生徒の対応における消防機関と学校との連携の推進につきましては、平成21年7月30日付け消防救第160号により消防庁救急企画室長から各都道府県消防防災主管部(局)長宛てに「自己注射が可能なエピネフリン(別名アドレナリン)製剤を交付されている児童生徒への対応について」が通知されているところです。

つきましては、本年度、本校に在籍している生徒の状況は下記のとおりですので、救急搬送の際には、特段の配慮をお願いします。

記

【アドレナリン自己注射薬を処方されている生徒の状況】

学校名	大阪府立 高等学校
年 度	令和 年度
人 数	【 】人 【内訳：女子( )人、男子( )人】



**表 学校生活管理指導表 (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	★保護者
<p><b>アレルギー疾患 (食物アレルギーありの場合のみ記載)</b></p> <p>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</p> <p><b>アナフィラキシー特異 (アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載)</b></p> <p>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</p> <p><b>除去根拠</b> 該当する食品の番号に○をし、かつ( )内に除去根拠を記載</p> <p>1. 豚肝 ( ) 2. 牛乳、乳製品 ( ) 3. 小麦 ( ) 4. ソバ ( ) 5. ビーナッツ ( ) 6. 甲殻類 ( ) 7. 木の实類 ( ) 8. 果物類 ( ) 9. 魚類 ( ) 10. 肉類 ( ) 11. その他1 ( ) 12. その他2 ( )</p> <p><b>緊急時に備えた処方箋</b></p> <p>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 ( )</p>	<p><b>給食</b></p> <p>1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p><b>食物・食材を扱う授業・活動</b></p> <p>1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p><b>運動 (体育・部活動等)</b></p> <p>1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p><b>宿泊を伴う校外活動</b></p> <p>1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p><b>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</b> ※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。</p> <p>鶏卵：卵殻カルシウム 牛乳：乳糖・乳糖分解カルシウム 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</p> <p><b>その他の配慮・管理事項 (自由記述)</b></p>	<p>★保護者 電話： ★連絡医療機関 医療機関名： 電話：</p> <p>記載日 年 月 日 医師名 医療機関名</p>
<p><b>アレルギー疾患 (アレルギーなし)</b></p> <p><b>食物アレルギー (アレルギーなし)</b></p>		

**裏 学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)**

提出日 年 月 日

名前 (男・女) 年 月 日生 年 組

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教職員及び関係機関等で共有することに同意します。

保護者氏名