

様式集

| | |
|--|----|
| 【様式1-1（新小学1年生用）】学校給食における食物アレルギー調査のお願い … | 1 |
| 【様式1-2（新規発症者用）】学校給食における食物アレルギー調査のお願い …… | 2 |
| 【様式1-3（新中学1年生用）】学校給食における食物アレルギー調査のお願い … | 3 |
| 【様式2】学校生活管理指導表 …………… | 4 |
| 【様式3】学校給食食物アレルギー対応食実施申請書 …………… | 5 |
| 【様式4】食物アレルギー面談記録票 …………… | 6 |
| 【様式5】決定通知書 …………… | 7 |
| 【様式6】食物アレルギー対応食解除申請書 …………… | 8 |
| 【様式7（表）、（裏）】食物アレルギー等個別の取組プランおよび記録票 …………… | 9 |
| 【様式8】食物アレルギー等対応児童生徒一覧表 …………… | 12 |
| 【様式9】実習を伴う学習活動における食物アレルギー対応確認書 …………… | 13 |
| 【様式10】宿泊を伴う校外学習における食物アレルギー対応確認書 …………… | 15 |
| 【様式11】学校給食対応表 …………… | 17 |
| 【様式12】学校給食作業工程表 …………… | 18 |
| 【様式13】学校給食食物アレルギー対応食受取簿 …………… | 19 |
| 【様式14】食物アレルギー緊急時チェックシート …………… | 20 |
| 【様式15】緊急時個別対応マニュアル（食物アレルギー） …………… | 22 |
| 【様式16】学校での教職員がエピペン®を使用することへの依頼書 …………… | 26 |

保護者各位

秋田市立 学校
校長

学校給食における食物アレルギー調査のお願い

日ごろより学校給食について、ご理解をいただき、誠にありがとうございます。
さて、先日の就学時健康診断の際に提出していただきましたお子様の「就学時健康診断票」に「食物アレルギーがある」と記載されていました。
つきましては、下記食物アレルギー調査票に必要事項をご記入いただき、 月 日()
に開催する新入学保護者説明会の際に提出していただきますよう、お願いいたします。
学校給食における対応をご希望の方はその旨、3にご記入ください。後日改めてご連絡させていただきます。

※食物アレルギーとは、原因となる食物を食べた後に、皮膚のかゆみ、じんま疹、湿疹、腹痛などのアレルギー症状が引き起こされる現象です。

----- きりとり -----
<保護者記入→学校へ>

食物アレルギー調査票

・ の欄にご記入ください。

| |
|-------------|
| 児童氏名 |
| 保護者氏名 |
| 連絡先 (日中) |

1 食物アレルギーの原因となる食品と摂取後に起こる症状および対処法についてご記入ください。

| 食品名 | 症状 | 対処法 | 医療機関受診の有無 |
|-------|----|--------|-----------|
| 例 たまご | 湿疹 | 軟こうをぬる | ① 有 無 |
| | | | 有 無 |
| | | | 有 無 |
| | | | 有 無 |
| | | | 有 無 |

2 アナフィラキシーショック（血圧低下や意識障害等）の症状を発症したことがありますか。（○をつけ、「はい」と答えた方は必要事項をご記入ください。）

| | |
|---------|-----|
| はい | いいえ |
| → 回数 | 回 |
| 最後の発症年月 | 年 月 |
| その時の原因 | |
| その時の症状 | |

3 学校給食で配慮してほしいことなどがありましたら、ご記入ください。

※本調査票は、封筒に入れ、厳封の上、提出くださいますよう、お願いいたします。

保護者各位

秋田市立 学校
校長

学校給食における食物アレルギー調査のお願い

日ごろより学校給食について、ご理解をいただき、誠にありがとうございます。
子どもさんが安心して学校生活を送ることができるよう、食物アレルギーについての調査にご協力をお願いいたします。

つきましては、下記食物アレルギー調査に必要事項をご記入いただき、 月 日 ()
まで、学級担任に提出していただきますよう、お願いいたします。

なお、学校給食における対応をご希望の方には、後日改めてご連絡させていただきます。

※食物アレルギーとは、原因となる食物を食べた後に、皮膚のかゆみ、じんま疹、湿疹、腹痛などのアレルギー症状が引き起こされる現象です。

----- きりとり -----

<保護者記入→学校へ>

食物アレルギー調査票

・ の欄にご記入ください。

| |
|-------------|
| 児童生徒氏名 |
| 保護者氏名 |
| 連絡先 (日中) |

1 食物アレルギーの原因となる食物と摂取後に起こる症状および対処法についてご記入ください。

| 食品名 | 症状 | 対処法 | 医療機関受診の有無 | |
|-------|----|--------|-----------|---|
| 例 たまご | 湿疹 | 軟こうをぬる | 有 | 無 |
| | | | 有 | 無 |
| | | | 有 | 無 |
| | | | 有 | 無 |

2 アナフィラキシーショック（血圧低下や意識障害等）の症状を発症したことがありますか。（○をつけ、「はい」と答えた方は必要事項をご記入ください。）

| | |
|---------|-----|
| はい | いいえ |
| → 回数 | 回 |
| 最後の発症年月 | 年 月 |
| その時の原因 | |
| その時の症状 | |

3 学校給食で配慮してほしいことなどがありましたら、ご記入ください。

※本調査票は、封筒に入れ、厳封の上、提出くださいますよう、お願いいたします。

保護者の皆様へ

秋田市立 学校
校長

学校給食における食物アレルギー調査のお願い

日ごろより学校給食について、ご理解をいただき、誠にありがとうございます。
子どもさんが安心して学校生活を送ることができるよう、食物アレルギーについての調査にご協力をお願いいたします。

つきましては、下記のとおり調査票に必要事項を記入し、 月 日 () の入学説明会の際にご提出いただきますよう、お願い申し上げます。

学校給食における対応をご希望の方はその旨、3にご記入ください。後日改めてご連絡させていただきます。

なお、本票は小学校において食物アレルギー対応を実施されている方および保健調査票に「食物アレルギーがある」と記載されている方に配布させていただいております。

----- きりとり -----
<保護者記入→学校へ>

食物アレルギー調査票

・ の欄にご記入ください。

| |
|-------------|
| 児童生徒氏名 |
| 保護者氏名 |
| 連絡先 (日中) |

1 食物アレルギーの原因となる食品と摂取後に起こる症状および対処法についてご記入ください。

| 食品名 | 症状 | 対処法 | 医療機関受診の有無 | |
|-------|----|--------|-----------|---|
| 例 たまご | 湿疹 | 軟こうをぬる | 有 | 無 |
| | | | 有 | 無 |
| | | | 有 | 無 |
| | | | 有 | 無 |
| | | | 有 | 無 |

2 アナフィラキシーショック（血圧低下や意識障害等）の症状を発症したことがありますか。（○をつけ、「はい」と答えた方は必要事項をご記入ください。）

| | |
|-------------------------|-----|
| はい | いいえ |
| → 回数 _____ 回 | |
| 最後の発症年月 _____ 年 _____ 月 | |
| その時の原因 _____ | |
| その時の症状 _____ | |

3 学校給食で配慮してほしいことなどがありましたら、ご記入ください。

※本調査票は、封筒に入れ、厳封の上、提出くださいますよう、お願いいたします。

【様式3】＜保護者記入→学校へ＞

学校給食食物アレルギー対応食実施申請書

令和 年 月 日

年 組

児童生徒氏名

保護者氏名

印

食物アレルギーによる学校給食への対応について、下記のとおり学校生活管理指導表を添えて申請します。

記

| | | | | | |
|----------------------------|--|-----|-----|-----------|-------------|
| ふりがな 児童生徒 氏 名 性 別 | ----- 男 ・ 女 | 年 組 | 年 組 | 生年 月 日 | 平成 年 月 日 |
| 住 所 | 〒 | | | 電話 番号 | |
| 緊 急 連 絡 先 | ----- | | | 電話 番号 | ----- |
| | | | | 電話 番号 | |
| かかりつ けの病院 (主治医) | | | | 電話 番号 | |
| 希望する対応内容（希望する内容に○をしてください） | | | | | |
| 対応内容 | 1：自分で除去 2：除去食や代替食の提供希望 3：弁当持参 4：その他 | | | | |
| 除去食等 の対応 | ※希望内容について詳細を記載してください。 | | | | |

【様式4】 <学校記入>

食物アレルギー対応面談記録票

| | | | |
|------------|-----|-----------|--|
| 児童生徒 氏名 | 年 組 | 保護者 氏名 | |
| 住所 | | 電話番号 | |

1 面談実施日 令和 年 月 日 ()

2 食物アレルギーを起こす原因食品と摂取時に起こる症状

| | |
|-------|------|
| アレルゲン | 主な症状 |
|-------|------|

3 運動後の発症について

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> ある 食事との関連 () |
| <input type="checkbox"/> ない |

4 アナフィラキシーの既往歴

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> ある 年齢 回数 原因 |
| <input type="checkbox"/> ない |

5 現在アレルギー疾患の治療のために使用している薬

| | |
|--------------------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> ある →記入する | [] |
| <input type="checkbox"/> ない | |

6 アレルギー症状を起こしたときの、対処方法など

| |
|--|
| |
|--|

○学校給食や学級生活での対応内容 (決定事項)

| |
|--|
| |
|--|

【様式5】 <学校記入→保護者へ>

令和 年 月 日

年 組

さん

保護者

様

秋田市立
校長

学校

印

決 定 通 知 書

令和 年 月 日付けで申請のあった食物アレルギーによる学校給食への対応について、下記のとおり決定したので通知します。

記

| 対 応 開 始 日 | 令和 年 月 日 () |
|--------------------|--|
| 給 食 で の 対 応 内 容 | A : 自分で除去 B - 1 : 主食、飲用牛乳の停止 B - 2 : 副食 (おかず) の除去食 C : 代替食 D : 弁当持参 E : その他 () |
| 対 応 内 容 の 説 明 | |
| そ の 他 | |

担 当 :

電話番号 :

【様式6】＜保護者記入→学校へ＞

食物アレルギー対応食解除申請書

令和 年 月 日

年 組

児童生徒氏名

保護者氏名

印

標記の件について、下記のとおり申請いたします。

記

| ふりがな 児童生徒 氏 名 | ----- 氏 名 | 年組 | 年 組 |
|---------------------|--|----|-----|
| 対応解除 内 容 | 【給食停止】 (全解除・牛乳解除・パン解除・米飯解除・おかず解除) (その他：記載) | | |
| | 【資料の配布】 (詳細献立表必要なし) (その他：記載) | | |
| 解除理由 | | | |

- ・給食停止の解除は、本票を提出後、対応可能な日から解除を行います。
- ・食物アレルギーの原因食品の解除については、医師による診断書等の提出の必要はありませんが、医師の診断によるもののみといたします。(解除理由にその旨記載してください。)

【様式7（表）】＜学校記入＞

食物アレルギー等個別の取組プランおよび記録票

※小学校では、卒業後の進学先の学校へ本票の写しを送付するなど、確実に取組内容を引き継ぐ。
 ※転出の場合は、保護者の了承を得て転出先の学校に引き継ぐ。
 ※中学校でも本票を用い、新たに個別の取組プランを作成する。

| | | | | | | | |
|--------|----------|-------|---|---|---|---|---|
| 児童生徒氏名 | | 保護者氏名 | | | | | |
| 生年月日 | 平成 年 月 日 | 住所 | 〒 | | | | |
| 学校名 | 年 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | 組 | | | | | | |
| | 担任印 | | | | | | |

■緊急連絡先

| 優先順位 | 氏名 | 続柄 | 電話番号 |
|------|----|----|----------|
| 1 | | | 自宅・職場・携帯 |
| 2 | | | 自宅・職場・携帯 |
| 3 | | | 自宅・職場・携帯 |
| 4 | | | 自宅・職場・携帯 |

■アレルギー症状など

| 原因食品 | 原因食品 | 症状 | 頻度 | 原因食品 | 症状 | 頻度 |
|-------------------------|--|-------|----|------------|----|----|
| | *頻度 | | | | | |
| *頻度 ①必ず出る ②ほとんど出る ③時々出る | | | | | | |
| アナフィラキシー既往歴 | | 有 ・ 無 | | | | |
| 緊急時の処方薬 | 有 ・ 無 | | | 保管場所（下に記入） | | |
| | <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> エピペン®（アドレナリン自己注射薬） <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | | |
| 緊急時の対応 | | | | | | |

■医療機関連絡先

| かかりつけ医療機関 | | 変更後 |
|-----------|--|-----|
| 電話番号 | | |
| 主治医名 | | |
| 診療科 | | |

【様式7（裏：小学校用）】＜学校記入＞

■保育所・幼稚園での対応

| | | | |
|--------|--|----------|--------------|
| 通園(所)名 | | 園(所)での給食 | 有 ・ 無 (毎日弁当) |
| 給食の対応 | | | |

■家庭での食事の対応

| | |
|------------------------|--|
| 食事の工夫や 栄養のとり方 など | |
|------------------------|--|

■運動などへの対応

| |
|--|
| |
|--|

■学校生活の記録

| 学 年 | 小 1 | 小 2 | 小 3 |
|------------------------|-------|-------|-------|
| 生活管理指導表提出 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 給食の対応 | | | |
| 食物を扱う 活動での 配慮事項等 | | | |
| 特記事項 (1年間の様子) | | | |
| 学 年 | 小 4 | 小 5 | 小 6 |
| 生活管理指導表提出 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 給食の対応 | | | |
| 食物を扱う 活動での 配慮事項等 | | | |
| 特記事項 (1年間の様子) | | | |

【様式7（裏：中学校用）】＜学校記入＞

■小学校での対応

| | |
|-------|-----|
| 小学校名 | 小学校 |
| 給食の対応 | |

■家庭での食事の対応

| | |
|------------------------|--|
| 食事の工夫や 栄養のとり方 など | |
|------------------------|--|

■運動などへの対応

| |
|--|
| |
|--|

■学校生活の記録

| 学 年 | 中 1 | 中 2 | 中 3 |
|------------------------|-------|-------|-------|
| 生活管理指導表提出 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 給食の対応 | | | |
| 食物を扱う 活動での 配慮事項等 | | | |
| 特記事項 (1年間の様子) | | | |

【様式8】＜学校記入＞

令和 年度食物アレルギー等対応児童生徒一覧表

No. ()

| | |
|--|--|
| <p>■学校での対応内容■</p> <p>1 献立表に基づき自分で除去 2 完全弁当持参</p> <p>3 一部弁当持参 4 弁当持参と除去食</p> <p>5 除去食と通常の給食 6 代替食と通常の給食</p> <p>7 給食での対応なし。日常生活に配慮が必要</p> | |
|--|--|

※備考欄には学級生活における配慮事項などについて記載する。

| No. | 年 | 組 | 児童生徒氏名 | アレルゲン (原因食品) | 給食での対応など | | | | | | | 備 考 | |
|-----|---|---|--------|-----------------|----------|---|---|---|---|---|---|-----|--|
| | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

【様式 9】 <学校記入→保護者→学校へ>

実習を伴う学習活動における食物アレルギー対応確認書
秋田市立 学校

| | | | | |
|------------------|---------------------------------------|------------------------|----|---|
| (フリガナ) 児童生徒氏名 | | 学年・学級 担任名 (指導者名) | 年 | 組 |
| 実施日時 | 令和 年 月 日 () 校時 | | | |
| 教科等 (○印) | 家庭科・生活科・総合・学活・理科 クラブ()部活()その他() | | | |
| 単元名(実習内容) | 料理名等 | アレルゲン(食品名) | 対応 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

【活動の流れと対応・注意事項】

| | 作業手順(全体) | 注意事項 |
|---|----------|------|
| ① | | |
| ② | | |
| ③ | | |
| ④ | | |
| ⑤ | | |
| ⑥ | | |
| ⑦ | | |
| ⑧ | | |

_____ 室における動線

上記の対応に同意します。

(押印の上、学級担任にお届けください。)

| | |
|------|--------------|
| 保護者名 | 緊急連絡先 TEL |
|------|--------------|

実習を伴う学習活動における食物アレルギー対応確認書

秋田市立

学校

記入例

| | | | |
|------------------|------------------------|---|---|
| (フリガナ) 児童生徒氏名 | 学年・学級 担任名 (指導者名) | 年 | 組 |
| | | 印 | |

| | |
|------|-----------------|
| 実施日時 | 令和 年 月 日 () 校時 |
|------|-----------------|

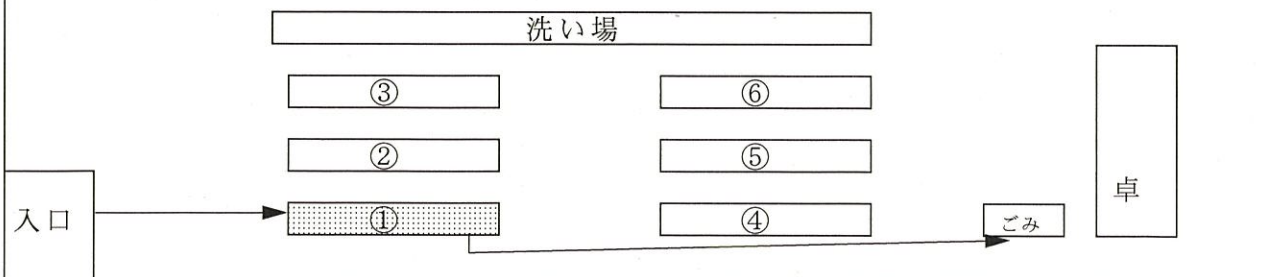
| | |
|-------------|---------------------------------------|
| 教科等 (○印) | 家庭科・生活科・総合・学活・理科 クラブ()部活()その他() |
|-------------|---------------------------------------|

| 単元名(実習内容) | 料理名等 | アレルギー(食品名) | 対応(代替食品等) |
|-----------|------|------------|-----------|
| みそしるを作ろう | わかめ汁 | 煮干し | 昆布 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

【活動の流れと対応・注意事項】

| | 作業手順(全体) | 対応・注意事項 |
|---|----------------|--|
| ① | 煮干しの頭と腹わたを取り除く | ・「煮干し」の代替で「昆布」を使用する。 ・煮干しの「頭・はらわた」は、ビニール袋に入れ、前方ごみ箱に入れる。 |
| ② | 鍋に水を入れて、①を入れる。 | |
| ③ | 野菜等を洗う。 | ・洗い場には行かず、調理台で材料を切る。 |
| ④ | だしをとる。 | ・隣の台に近寄らないようにする。 |
| ⑤ | 切った実を入れる。 | |
| ⑥ | みそを入れる。 | |
| ⑦ | 盛りつけ・試食 | ・食器に、煮干しのだしが入らないようにする。器具が隣の班と混同しないようにする。おかわりは禁止する。 |
| ⑧ | 後かたづけ | ・洗い場には行かない。調理台周辺の後かたづけをする。 |

調理室における動線



上記の対応に同意します。

| | |
|------|--------------|
| 保護者名 | 緊急連絡先 TEL |
|------|--------------|

【様式10】 <学校記入→保護者→学校へ>

宿泊を伴う校外学習における食物アレルギー対応確認書

| | | | |
|--------|-------|-------|-----|
| 学 校 名 | 学校 | | |
| (ふりがな) | | 学年・学級 | 年 組 |
| 児童生徒氏名 | ----- | 担 任 名 | |

1 食物アレルギーに関する情報について（保護者が記入）

| | |
|----------------------|---|
| 原 因 食 品 | |
| 食べたときの症状 | |
| 症状が出現したときの の普段の対応 | |
| アナフィラキシーの 既往 | 有 <input type="checkbox"/> 原因 () 無 <input type="checkbox"/> |
| 薬 剤 持 参 の 有 無 | 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 薬 剤 名 () 持 参 量 () 1 回 使 用 量 () 使用上の注意 |
| 主 治 医 | 緊急時医療機関名 主 治 医 名 |
| 紹 介 状 | 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> |

2 校外学習について

| | |
|-------------------|--|
| 校外学習の名称 | |
| 行 き 先 | |
| 学習・見学内容 | |
| 学習・見学内容 に伴うリスク | |
| 施設・学校側の 対応 | |
| 児童生徒の準備 や対応策 | |

3 食事対応について（学校が、旅行業者・宿泊施設と協議した後に記入）

| 日付 | 食事場所 | メニュー | 食事での対応内容 | | |
|------------|--------|------|----------|-----|-----|
| | 緊急時搬送先 | | 除去食 | 代替食 | その他 |
| ／ 朝・昼・夜 | | | 除去食 | 代替食 | その他 |
| ／ 朝・昼・夜 | | | 除去食 | 代替食 | その他 |
| ／ 朝・昼・夜 | | | 除去食 | 代替食 | その他 |
| ／ 朝・昼・夜 | | | 除去食 | 代替食 | その他 |
| ／ 朝・昼・夜 | | | 除去食 | 代替食 | その他 |
| ／ 朝・昼・夜 | | | 除去食 | 代替食 | その他 |

※ 業者の作成した対応表を添付も可

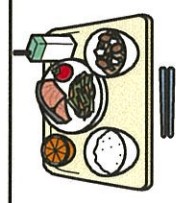
上記の対応に同意します。

| | |
|------|-------------------------|
| 保護者名 | 緊急連絡先 ④ 緊急連絡先 TEL |
|------|-------------------------|

学校給食対応表

(食物アレルギー対応)

____年 ____月 ____日 ____組



■氏名 _____

■令和 ____年 ____月 ____日 (____)

■献立名 _____

■アレルギー (食物アレルギー原因食物) _____

■提供の内容 (どちらかに○)

【 除去食 】 _____

【 代替食 】 _____

| 確認者サイン | | |
|--------|------|-------|
| 教 頭 | 学級担任 | 栄養教諭等 |
| | | 調理担当 |

「学校給食対応表」の活用について

◎本表は、誤配や誤食を防ぐためのものです。

- ・対応表は給食室で記入します。
- ・「対応一覧表」などとともに確認してください。

■学級担任の先生へ

- 「学校給食食物アレルギー対応表」と「学校給食対応一覧表」で対応食について確認してから、対象児童生徒に提供してください。
- 「学校給食対応表」と配食された給食の内容が異なっている場合、すみやかに職員室に申し出てください。
- 間違いなく対象児童生徒に対応食を受け渡し、喫食した状況を確認した後、「学校給食対応表」にサインし、給食時間終了後、栄養教諭等もしくは教頭先生に届けてください。

■給食担当の先生へ

- 調理作業前に、除去食や代替食の有無やその内容を確認し、本表を作成します。
- 対応食を調理した人が「調理担当者」欄にサインします。
- 対応食を調理した調理員以外の栄養教諭等 (未配置校や不在の場合は、他の調理員または学校給食支援員) が、対応食の内容や配食学級に間違いがないか、再度点検し、サインします。

■教頭先生へ

- 対応食が確実に当該児童生徒に配食されたことを対応一覧表などで確認の上、「学校給食対応表」にサインしてください。表は給食担当者が保管します。

おかわりはありません

【様式12】＜学校記入＞

学校給食作業工程表

- ★作成のポイント
 - ・作業工程表を作成するにあたっては、献立名、担当者名、担当区域、作業する区域、どこからどの区域で作業するのか、明確に記載すること。
 - ・汚染区域、非汚染区域、いつ、誰が、どのように作業を実施するのかを明記すること。
- ★活用のポイント
 - ・事前に作業中に担当や時間の変更に締密な打合せを行った場合は、調理のシミュレーションや調理員間の共通理解を図る。
 - ・調理開始前に担当や時間の変更に、赤字等で修正するなど正確に記載し、次回の参考にす。

| 献立名 | 担当者 | 8:00 | 8:30 | 9:00 | 9:30 | 10:00 | 10:30 | 11:00 | 11:30 | 12:00 | 12:30 |
|-----|-----|------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | | | | | | | | | | |

【様式13】＜共同調理場・給食センター記入→学校→共同調理場・給食センター＞

(共同調理場・給食センター⇔受配校)

学校給食食物アレルギー対応食受取簿

学校

■令和 年 月 日 ()

■本日の食物アレルギー対応食の有無 有 無

■食物アレルギー対応食の内容等

| 学 級 | | 名 前 | 対 応 食 【アレルギー等】 | 調理場確認者 ※サインする | | 受配校確認者 ※サインする | |
|----------|---|------|---------------------|------------------|---|------------------|---|
| 年 | 組 | | | ① | ② | ① | ② |
| (例) 1 | 1 | 秋田太郎 | 卵スープ→野菜スープ 【卵除去】 | | | | |
| | | | 【 】 | | | | |
| | | | 【 】 | | | | |
| | | | 【 】 | | | | |
| | | | 【 】 | | | | |

発症日

年 月 日 () 年 組 児童生徒氏名

□給食時間 開始 (時 分) ~ 終了 (時 分)

□給食後～発症までの行動 :

□発症時刻 (時 分) 主訴 :

□観察開始時刻 (時 分)

□処置時刻 (時 分) 内容 :

□内服時刻 (時 分) アレジオン・ステロイド・クラリチン・セレスタミン

□吸入時刻 (時 分)

□エピペン使用時刻 (時 分)

□救急車要請時刻 (時 分)

□救急車到着時刻 (時 分)

その他

□保護者連絡時刻 (時 分)

□保護者到着時刻 (時 分)

□主治医連絡時刻 (時 分)

□搬送先連絡時刻 (時 分)

□事後措置 (救急車内、病院での処置等含)

↓ 5分ごとに観察

| 時刻 | 血圧 | SpO2 | 脈拍 |
|----|----|------|----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

□にチェックを入れる際に時刻を横に記入していくこと。

全身の
症状

- ぐったり
- 意識もうろう
- 尿や便をもらす
- 脈が触れにくいまたは不規則
- 唇や爪が青白い

呼吸器
の症状

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

数回の軽い咳

消化器
の症状

- 持続する強い腹痛
- 繰り返す嘔吐

- 中等度の腹痛
- 1～2回の嘔吐
- 1～2回の下痢

- 軽い腹痛
- 吐き気

目・口・
鼻・顔面
の症状

- 顔全体の腫れ
- まぶたの腫れ

- 目のかゆみ、充血
- 口の中の違和感、唇の腫れ
- くしゃみ、鼻水、鼻づまり

皮膚の
症状

上記の症状が
1つでもあてはまる場合

- 強いかゆみ
- 全身に広がるじんま疹
- 全身が真っ赤

- 軽度のかゆみ
- 数個のじんま疹
- 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(119番通報)
- ③その場で安静を保つ
(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速やかに医療機関を受診する(救急車の要請も考慮)
- ③医療機関に到着するまで、5分ごと症状の変化を観察し、 に1つでもあてはまる症状がある場合、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少なくとも1時間は5分ごとに症状の変化を観察し、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
注意深く経過観察

119通報のポイント

- ①救急車をお願いします。
- ②〇〇中学校です。住所は、秋田市〇〇△△町1-1、電話番号は〇〇〇-〇〇〇〇〇〇です。
- ③名前は〇〇〇〇 〇才男子が、給食後に食物アレルギーの症状を起こしています。
- ④エピペンを携帯しています。(使用の有無) 市立〇〇総合病院に連絡しています。
- ⑤折り返しの連絡先は、「 氏名 電話番号 」です。

食物アレルギー緊急時チェックシート（記入例）

発症日

○年 ○月 ○日（ ○ ） ○年 ○組 児童氏名 ○ ○ ○ ○

✓給食時間 開始（ 12時 30分 ）～ 終了（ 12時 55分 ）

✓給食後～発症までの行動：給食後、鬼ごっこをして遊んだ。

✓発症時刻（ 13時 35分 ）主訴：右眼瞼の発疹、結膜充血

✓察開始時刻（ 13時 37分 ）

✓処置時刻（ 13時 37分 ）内容：洗眼、うがい

✓内服時刻（ 13時 40分 ）アレジオン・ステロイド・クラリチン（セレスタミン）

□吸入時刻（ 時 分 ）

□エピペン使用時刻（ 時 分 ）

✓救急車要請時刻（ 13時 57分 ）

✓救急車到着時刻（ 14時 5分 ）

その他

✓保護者連絡時刻（ 13時 39分 ）

✓保護者到着時刻（ 14時 7分 ）

✓主治医連絡時刻（ 13時 58分 ）

✓搬送先連絡時刻（ 14時 3分 ）

□事後措置（救急車内、病院での処置等含）

14:15 救急車にて病院へ。
14:25 処置開始。瞼の腫れ引いてきた。

↓ 5分ごとに観察

| 時刻 | 血圧 | SpO2 | 脈拍 |
|-------|----|------|-----|
| 13:30 | | 97% | 118 |
| 13:45 | | 96% | 116 |
| 13:50 | | 96% | 120 |
| 13:55 | | 94% | 122 |
| 14:00 | | 94% | 120 |
| 14:05 | | | |

□にチェックを入れる際に時刻を横に記入していくこと。

全身の症状

- ぐったり
- 意識もうろう
- 尿や便をもらす
- 脈が触れにくいまたは不規則
- 唇や爪が青白い

呼吸器の症状

- ✓のどや胸が締め付けられる 13:55
- 声がかすれる
- 犬が吠えるような咳
- 息がしにくい
- 持続する強い咳込み
- ✓ゼーゼー、ヒューヒューする 13:55

数回の軽い咳 13:50

消化器の症状

- 持続する強い腹痛
- 繰り返す嘔吐

□中等度の腹痛
□1～2回の嘔吐
□1～2回の下痢

□軽い腹痛
□吐き気

目・口・鼻・顔面の症状

□顔全体の腫れ
✓まぶたの腫れ 13:40

✓目のかゆみ、充血 13:35
□口の中の違和感、唇の腫れ
□くしゃみ、鼻水、鼻づまり

皮膚の症状

上記の症状が
1つでもあてはまる場合

□強いかゆみ
□全身に広がるじんま疹
✓全身が真っ赤 13:45

□軽度のかゆみ
✓数個のじんま疹 13:35
□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

【用語解説】 SpO2

「経皮的動脈血酸素飽和度」といい、動脈血中のヘモグロビンが酸素とどのくらい結合しているかをパーセントで表したもので、90%未満になった場合には、呼吸不全を疑う。

※ SpO2は「パルスオキシメータ」によって測定できる。「パルスオキシメータ」は、プローブと呼ばれる器具を指先に装着したり、耳たぶにシールを貼ることによって、脈拍数と経皮的動脈血酸素飽和度を計測する医療機器であり、緊急時に身体状況を把握する際役立つと考えられる。（右：パルスオキシメータの使用例）



ませ、エピペンを準備する医療機関を受診する（救急車到着するまで、5分ごとに観察し、**1つでもあてはまる場合**、エピペンを準備する医療機関を受診

速やかに医療機関を受診

①内服薬を飲ませる
②少なくとも1時間は5分ごとに症状の変化を観察し、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 注意深く経過観察

町1-1、電話番号は888-8888です。
に食物アレルギーの症状を起しています。
市立〇〇総合病院に連絡しています。
電話番号「」です。

① ケースから取り出す



ケースのカバーキーキャップを開け、エピペンを取り出す

② しっかり握る



オレンジ色のニードルカバーを下に下げ、利き手で持つ
「ツーン」で握る!

③ 安全キャップを外す



薄い安全キャップを外す

④ 本にも注射する



本ものの外側に、エピペンの先端（オレンジ色の部分）を軽く当て、「カチッ」と音がするまで強く押し、あてそのまま5つ数える
注射した後すぐに指が抜けない！
押しつけたまま5つ数える！

⑤ 確認する



エピペンを本もから離しオレンジ色のニードルカバーが伸びているか確認する
伸びていない場合は「④に戻る」

⑥ マッサージする



打った部位を10秒間、マッサージする

■ 2人で確認をします。
■ ○○さんのエピペン®です。

■ 利き手にエピペン®をグーで持ちました。

■ 安全キャップを外します。

■ 位置を確認します。
■ ○○さん、本もにもエピペン®を打ちますよ。

■ エピペン®を打ちます。
■ 1、2、3、4、5
■ ○時○分エピペン®打ちました。

■ エピペン®をケースにしまいます。

■ 注射部位をもみます。

| | |
|------------------------|--|
| ふりがな 年 組 氏 名 | |
| ふりがな 保護者名 | |
| 住所 | |
| アレルギー・症状等 | |

緊急搬送先

○○病院小児科 ○○○○-○○○○○

主治医 (エピペン® 処方医) △△医療センター-□□□□-□□□□□□

緊急時対応の大原則

- 1 アレルギー反応を発症した児童生徒への対応は複数の教職員で行う。
- 2 決して当該児童生徒から離れない。
- 3 他の児童生徒には、混乱や動揺を起こさないようになるとともに、誤った情報が伝わらないよう指導する。

アナフィラキシーショック
(ぐったりして意識もうろう状態など)を起したら

● 近くに人がいれば大声でよび、救急車を要請する

● 教頭先生に連絡して、救急車を呼んでもらってください。エピペンとAEDを持ってきてください。

● エピペン®があれば直ちに使用する

● 口腔内に原因食物が残っているか確認する。残っているならば口をすすぐ

● 出来るだけ安静にして、その場でおおむしに寝かせる
おおむしの状態を足を15～30cm高くする姿勢をとる

● 意識がはっきりしない時は絶えず顔色に注意しながら経過を観察する
この場合、顎先をもち上げるようにしながら顔をすくすく後に押し下げようとする。気道が確保される

● 再発防止策の検討
● 主治医への報告
● 校内体制の見直し

● 想定される事後措置
● 教育委員会への報告
● 個別の取組プラン
● 日本スボーツ振興センター災害共済給付申請

ふりがな
年 組 氏名
平成 年 月 日 生まれ

アレルギー・症状等

○緊急連絡先
1 _____
2 _____
3 _____

※「個別の取組プラン」の緊急連絡先を記載する。
○対応フローチャート ○は過去に起こしたことがある症状

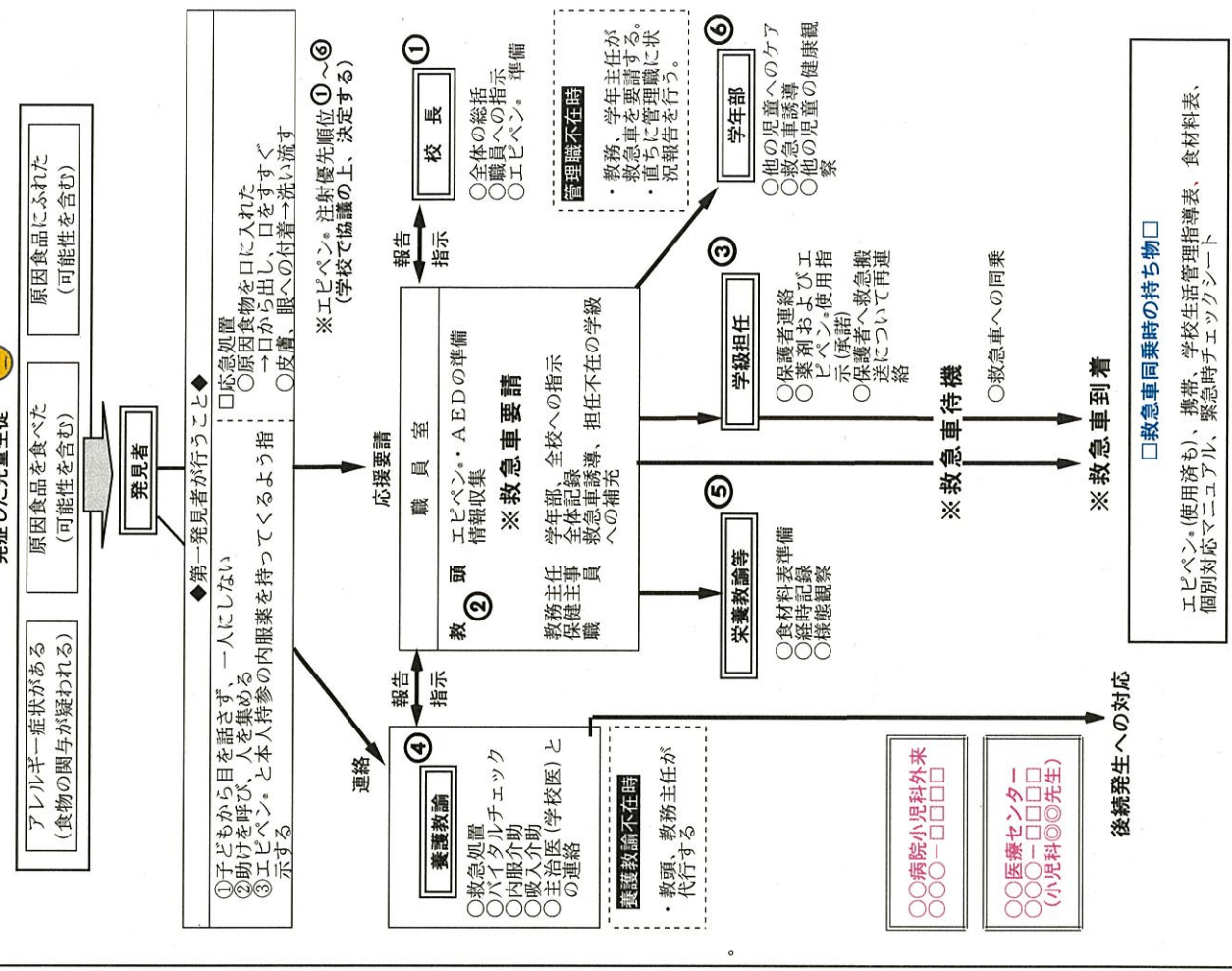
| | |
|-------------|---|
| 全身の症状 | <input type="checkbox"/> ぐったりする <input type="checkbox"/> 意識ももたない <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い <input type="checkbox"/> のどや胸が締め付けられる <input type="checkbox"/> 声がかすめる <input type="checkbox"/> 大がくしゃみや咳 <input type="checkbox"/> 鼻がしゅくしゅくする <input type="checkbox"/> セーゼー、ヒューヒューする <input type="checkbox"/> 持続する強い腹痛 <input type="checkbox"/> 繰り返す嘔吐 |
| 呼吸器の症状 | <input type="checkbox"/> 数回の軽い咳 |
| 消化器の症状 | <input type="checkbox"/> 中等度の腹痛 <input type="checkbox"/> 1～2回の嘔吐 <input type="checkbox"/> 1～2回の下痢 |
| 目・口・鼻・顔面の症状 | <input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ <input type="checkbox"/> まぶたの腫れ <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 |
| 皮膚の症状 | <input type="checkbox"/> 上記の症状が1つでもあてはまる場合 <input type="checkbox"/> 1つでもあてはまる場合 <input type="checkbox"/> 1つでもあてはまる場合 |

救急車で医療機関へ搬送
 ①ただちにエピペンを使用する
 ②救急車を要請する(119番通報)
 ③その場で安静を保つ(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可能な限り内服薬を飲ませる

速やかに医療機関を受診
 ①内服薬を飲ませ、エピペンを準備する(要請も考慮)
 ②速やかに医療機関を受診する(救急車の到着するまで)
 ③医療機関に到着するまで、5分この症状の変化を観察し、エピペンを一つづつでもあてはまる場合、エピペンを使用する

安静にし 注意深く経過観察
 ①内服薬を飲ませる
 ②少なくとも1時間は5分ごとに症状の改善を観察し、症状の改善がみられない場合は医療機関を受診する

○職員の動き



【様式16】＜保護者記入→学校へ提出＞

学校での教職員がエピペン®を使用することへの依頼書

_____ 学校長様

私は、担当医師から十分な説明を受け、子どもにエピペン®の処方を受けています。

エピペン®の効果や危険性、使用法について理解し、家庭においてはエピペン®注射が可能な体制になっています。学校の教育活動においては、万一、アナフィラキシー症状が発現した場合を想定してエピペン®を学校に携帯することとしました。

アナフィラキシー症状発現により、一刻も早くエピペン®が投与される必要があります。本人が注射できない場合は、教職員の方にエピペン®を注射していただくことをお願いします。なお、この書類は在校中、毎年提出します。

以下のことを確認いたします。

- 1) エピペン®の訓練が本人、および保護者におこなわれている
- 2) 使用期限などの管理は保護者がおこなう
- 3) エピペン®の保管場所は本人と保護者および学校が協議して決める

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

児童生徒氏名 _____ 年 _____ 組 氏名 _____

保護者署名 住所 _____

氏名 _____ (印)