

<食物アレルギー調査票>

幼児児童生徒氏名 _____ (男・女)

保護者氏名 _____ 記入日 年 月 日

1 食物アレルギーはありますか。

あり なし *「あり」の場合は、次の質問2～11に回答してください。

2 食物アレルギーの原因食物と、アレルギー症状を起こす程度や食べた時の症状について回答してください。

原因食物	アレルギー症状を起こす程度	食べた時の症状
	<input type="checkbox"/> 加工食品・調味料等に含まれる微量も不可 <input type="checkbox"/> 少量でも不可 <input type="checkbox"/> 加熱後も不可 <input type="checkbox"/> ある程度の量()まで食べられる	
	<input type="checkbox"/> 加工食品・調味料等に含まれる微量も不可 <input type="checkbox"/> 少量でも不可 <input type="checkbox"/> 加熱後も不可 <input type="checkbox"/> ある程度の量()まで食べられる	
	<input type="checkbox"/> 加工食品・調味料等に含まれる微量も不可 <input type="checkbox"/> 少量でも不可 <input type="checkbox"/> 加熱後も不可 <input type="checkbox"/> ある程度の量()まで食べられる	

3 現在除去している食物はありますか。

あり(食物名: _____) なし

4 (質問3)に関して、除去食の判断をしたのは誰ですか。

医師 保護者 その他()

5 現在、家庭で行っている対応について回答してください。

完全除去(調味料、加工食品に含まれるもの、エキス等も含む) (対応食物名: _____)出来上がりのものから原因食物を除去 (対応食物名: _____)特に配慮していない (対応食物名: _____)その他() (対応食物名: _____)

6 現在、食べている給食について、どのような対応をしているか回答してください。

普通の給食を食べている自分で除去している献立により弁当を持参している除去食等、給食場で対応してもらっているその他()

7 過去に除去していて、現在は食べられるようになった食物はありますか。

あり(食物名: _____) なし

8 運動した後にアレルギーを発症したことはありますか。

あり→(食事との関連: _____) なし

9 アナフィラキシーショック(呼吸しにくい・意識を失う等)を起こした経験はありますか。

あり なし

→回数: 回

最終発症年月: 年 月

原因(食品・昆虫・医薬品・ラテックス(天然ゴム)・運動・その他())

症状(呼吸困難・血圧低下・意識障害・呼吸停止・その他)

10 食物アレルギー発症時に備えた処方薬はありますか。

あり(薬名: _____) なし

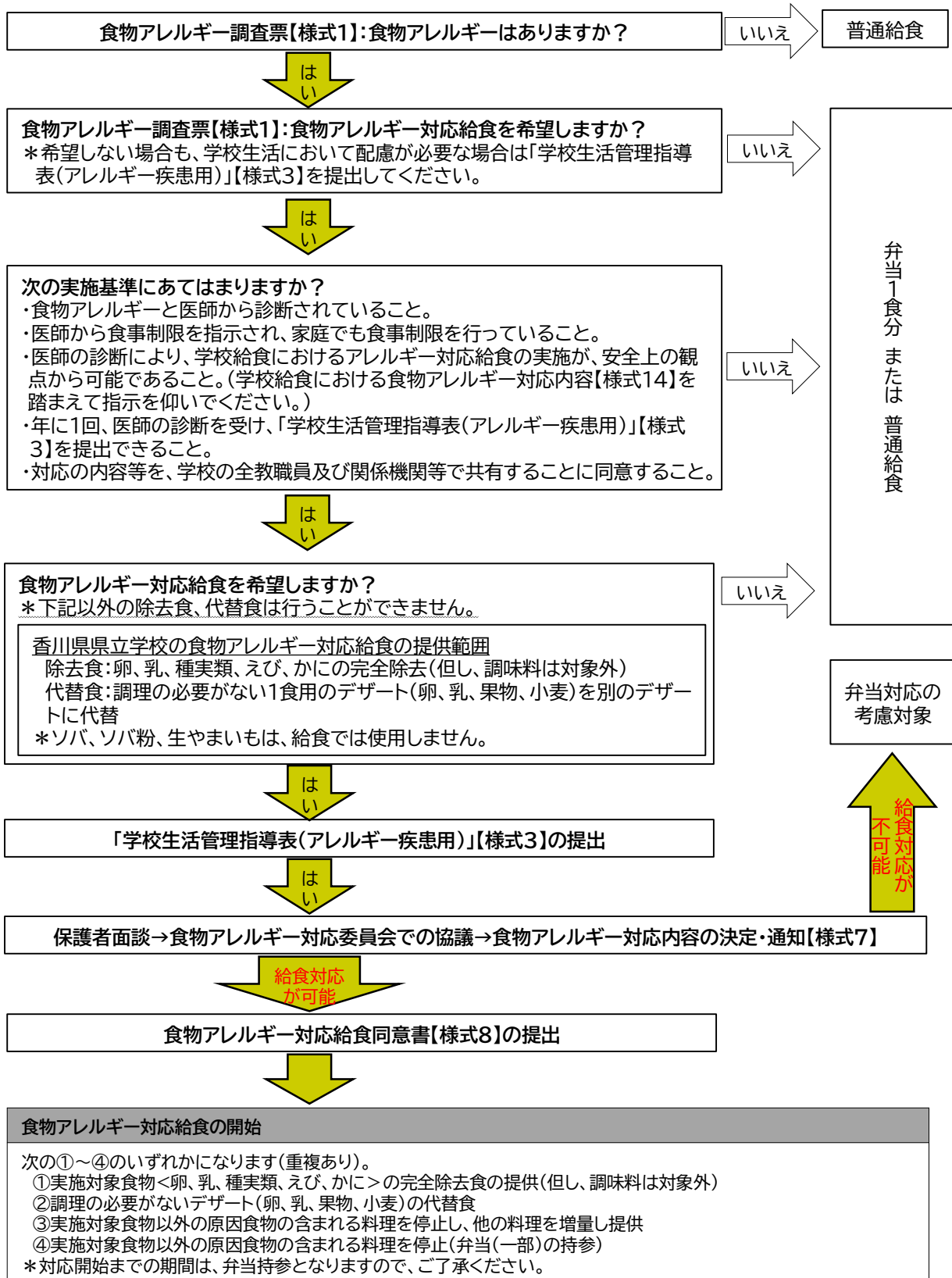
11 食物アレルギーに関して、給食や学校生活(食物・食材を扱う授業や校外学習等)において配慮が必要ですか。

必要である 必要でない

給食でのアレルギー対応については、裏面の<食物アレルギー対応フローチャート>を参考にしてください。

*必要事項をご記入の上、入学周知会の時に受付でご提出ください。

＜食物アレルギー対応フローチャート＞



面談記録表

香川県立 _____ 学校 面談日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (記入者 _____)

部 年 組 氏名		保護者氏名
出席者		

1 アレルギーを起こす原因食物、程度及び症状等について

食物名	アレルギーを起こす程度	症状(発症までの時間)	家庭での対応	除去の根拠
	<input type="checkbox"/> 加工食品・調味料等に 含まれる微量も不可 <input type="checkbox"/> 少量でも不可 <input type="checkbox"/> 加熱後も不可 <input type="checkbox"/> ある程度の量 () まで 食べられる	(摂取後 _____ に発症) <input type="checkbox"/> 皮膚症状(じんましん等) <input type="checkbox"/> 粘膜症状(目の充血・鼻水・ のどの違和感等) <input type="checkbox"/> 消化器症状(下痢・嘔吐等) <input type="checkbox"/> 呼吸器症状(咳・喘鳴等) <input type="checkbox"/> 循環器症状(血圧低下・意 識障害等) <input type="checkbox"/> その他() 最終発症: _____ 年 _____ 月	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 本人が除去 <input type="checkbox"/> 特に配慮し ていない <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 明らかな症 状の既往 <input type="checkbox"/> 食物経口負 荷試験陽性 <input type="checkbox"/> IgE 抗体検 査陽性 <input type="checkbox"/> 未摂取 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 加工食品・調味料等に 含まれる微量も不可 <input type="checkbox"/> 少量でも不可 <input type="checkbox"/> 加熱後も不可 <input type="checkbox"/> ある程度の量 () まで 食べられる	(摂取後 _____ に発症) <input type="checkbox"/> 皮膚症状(じんましん等) <input type="checkbox"/> 粘膜症状(目の充血・鼻水・ のどの違和感等) <input type="checkbox"/> 消化器症状(下痢・嘔吐等) <input type="checkbox"/> 呼吸器症状(咳・喘鳴等) <input type="checkbox"/> 循環器症状(血圧低下・意 識障害等) <input type="checkbox"/> その他() 最終発症: _____ 年 _____ 月	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 本人が除去 <input type="checkbox"/> 特に配慮し ていない <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 明らかな症 状の既往 <input type="checkbox"/> 食物経口負 荷試験陽性 <input type="checkbox"/> IgE 抗体検 査陽性 <input type="checkbox"/> 未摂取 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 加工食品・調味料等に 含まれる微量も不可 <input type="checkbox"/> 少量でも不可 <input type="checkbox"/> 加熱後も不可 <input type="checkbox"/> ある程度の量 () まで 食べられる	(摂取後 _____ に発症) <input type="checkbox"/> 皮膚症状(じんましん等) <input type="checkbox"/> 粘膜症状(目の充血・鼻水・ のどの違和感等) <input type="checkbox"/> 消化器症状(下痢・嘔吐等) <input type="checkbox"/> 呼吸器症状(咳・喘鳴等) <input type="checkbox"/> 循環器症状(血圧低下・意 識障害等) <input type="checkbox"/> その他() 最終発症: _____ 年 _____ 月	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 本人が除去 <input type="checkbox"/> 特に配慮し ていない <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 明らかな症 状の既往 <input type="checkbox"/> 食物経口負 荷試験陽性 <input type="checkbox"/> IgE 抗体検 査陽性 <input type="checkbox"/> 未摂取 <input type="checkbox"/> その他 ()

表 学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)

学校 _____ 提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

名前 _____ (男・女) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 年 _____ 組 _____ 番

様式 3

※この生活指導管理表は、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. 要管理 <hr/> B 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 要管理 <hr/> C 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 要管理 <hr/> D 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 要管理 <hr/> 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：かつおぶし・いりこだし・魚醤 肉類：エキス	【緊急時連絡先】 ★保護者 電話： <hr/> ★連絡医療機関 医療機関名： <hr/> 電話：	記載日 西暦 年 月 日	
		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・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. ピーナッツ << >> ()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. 果実類 << >> () 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箋 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)
気管支ぜん息 (あり・なし)	病型・治療		学校生活上の留意点	【緊急時連絡先】 ★保護者 電話： <hr/> ★連絡医療機関 医療機関名： <hr/> 電話：	記載日 西暦 年 月 日	
	A 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良	B-1 長期管理薬(吸入) 1. ステロイド吸入薬 2. ステロイド吸入薬/長時間作用性吸入ベータ刺激薬配合剤 3. その他	B-2 長期管理薬(内服) 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 2. その他		B 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 1. 管理不要 2. 要管理 <hr/> C 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 要管理 <hr/> D その他の配慮・管理事項(自由記述)	医師名 <hr/> 印
		B-3 長期管理薬(注射) 1. 生物学的製剤		医療機関名		
		C 発作時の対応 1. ベータ刺激薬吸入 薬剤名() 投与量/回(/) 2. ベータ刺激薬内服 薬剤名() 投与量/回(/)				

参考資料 日本学校保健会「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」

裏 学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)

学校 提出日 _____年__月__日

名前 _____ (男・女) _____年__月__日生 _____年__組__番

病型・治療		学校生活上の留意点	記載日
アトピー性皮膚炎 (あり・なし)	A 重症度の目安(厚生労働科学研究班) 1. 軽症：面積にかかわらず、軽度の皮疹のみ見られる。 2. 中等症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満に見られる。 3. 重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満に見られる。 4. 最重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上に見られる。 *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	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. 要管理	西暦 _____年__月__日
	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 動物との接触 1. 管理不要 2. 要管理	医師名 _____ 印
	B-2 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他 ()	C 発汗後 1. 管理不要 2. 要管理	医療機関名 _____
	B-3 注射薬 1. 生物学的製剤	D その他の配慮・管理事項(自由記述)	
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 ()	A プール指導 1. 管理不要 2. 要管理	西暦 _____年__月__日
	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. 要管理	医師名 _____ 印
		C その他の配慮・管理事項(自由記述)	医療機関名 _____
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)	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. 要管理	西暦 _____年__月__日
	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. 舌下免疫療法 (ダニ・スギ) 4. その他 ()	B その他の配慮・管理事項(自由記述)	医師名 _____ 印
			医療機関名 _____

参考資料 日本学校保健会「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」

学校における日常の取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。
 アドレナリン自己注射薬「エピペン®」が処方されている場合、その所持について、消防署へ情報提供することに同意します。

保護者氏名 _____

【様式4】

家庭における除去の程度

香川県立 _____ 学校 面談日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (記入者 _____)

部	年	組	氏名
---	---	---	----

家庭での除去を確認し、給食対応の参考にする。現在食べている物に○、食べていない場合は×の該当欄に○をする。

卵

食品区分	食品リスト	○	×		備考
			食べられない	未摂取	
1	生卵、生の卵白が含まれる食品(一部のシャーベット、一部のホイップクリーム)				
2	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、マヨネーズなど)				
	加熱不十分な卵が含まれる食品(プリン、茶碗蒸し、カスタードクリーム)				
3	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、てんぷら、フライなどの衣 など)				
	つなぎに卵が含まれる食品(かまぼこ、ちくわ、ハム、ソーセージ、中華麺など)				
4	全卵をきわめて微量に含む食品(一部のパン、てんぷら粉、麺類のつなぎ)				

乳・乳製品

食品区分	食品リスト	○	×		備考
			食べられない	未摂取	
1	牛乳、乳を主原料とした食品(牛乳、調製粉乳、練乳など)				
	牛乳を用いた食品(生クリーム、アイスクリームなど)				
2	牛乳が相当量含まれる食品(プリン、ババロア、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料として用いた食品				
3	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(ハム、ソーセージなど)				
4	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(食パン、ビスケット、クッキーなど)				
	乳糖				

【様式4】

小麦・小麦粉製品

食品 区分	食品リスト	○	×		備考
			食べら れない	未摂取	
1	小麦を主成分とした食品(パン、うどん、パスタ、中華麺、麩、ケーキなど)				
2	小麦を少量使用した食品(肉・練り製品のつなぎ、カレーなどのルウ、フライやてんぷらの衣など)				
3	味噌、しょうゆ、酢				

肉類

食品 区分	食品リスト	○	×		備考
			食べら れない	未摂取	
1	肉そのもの(牛肉、豚肉、鶏肉など)				
2	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	○	×		備考
			食べら れない	未摂取	
1	魚・甲殻類そのもの(えび、かに、いか、魚、貝など)				
2	魚介類を使用したスープ(だし、ソースの一部など)				
その他	魚卵(子持ちシシャモ、たらこなど)				
食べていない魚介類を列記					

大豆・大豆加工品及び豆類

食品 区分	食品リスト	○	×		備考
			食べら れない	未摂取	
1	大豆、えだまめ、おから				
	豆乳、豆腐、厚揚げ、油揚げ、がんもどきなど				
2	きな粉、またはその加工品				
	納豆				
	市販の植物油のほとんど(大豆油、てんぷら油、サラダ油など)				
	マーガリン、ルウ				
3	味噌、しょうゆなど				

その他:食べられない食材に☑して具体的な品名を列記する

野菜 果物 そば 米 大麦(麦ごはん) 種実類 その他

--

【様式5】

食物アレルギー個別取り組みプラン(案 ・ 決定)

注)この「食物アレルギー個別取り組みプラン」は、学校でのアレルギー対応目的以外には、使用することはありません。

プラン検討日: 年 月 日

保護者説明日: 年 月 日

部 年 組 氏名		(男 ・ 女)		年 月 日生(歳)	
保護者氏名					
住所			電話番号		
緊急連絡先	(続柄:)				
医療機関名			医師名		
住所			電話番号		

署名(個別プラン確認後)	
学校長	
栄養教諭・ 学校栄養職員	
給食担当職員	
保護者	

学校生活管理指導表 指示年月日	年 月 日	※A～D は学校生活管理指導表をもとに○印および原因食物・処方薬等を記入すること。
-----------------	-------	-------------------------------------------

A 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	

B アナフィラキシー病型

食物	原因:	昆虫	
食物依存性運動誘発アナフィラキシー		医薬品	
運動誘発アナフィラキシー		その他	

C 原因食物

卵・乳/乳製品・小麦・ソバ・ピーナッツ・甲殻類()・種実類()・果物類()・魚類()・肉類()・その他()

D 緊急時に備えた処方薬

内服薬	抗ヒスタミン薬	アドレナリン自己注射薬(エピペン)
	ステロイド薬	その他

症状	病院や家庭での処置や対応

<学校給食における対応決定事項> 決定日: 年 月 日 ※現状の施設設備の整備状況や人員配置に応じて対応を検討すること。

対応1	弁当1食分の持参
<input type="checkbox"/>	弁当1食分の持参
対応2	弁当(一部)の持参または他の料理の増量
<input type="checkbox"/>	原因食物(実施対象食物以外)の含まれる料理を停止し、弁当(一部)の持参
<input type="checkbox"/>	原因食物(実施対象食物以外)の含まれる料理を停止し、他の料理の増量
対応3	除去食の提供
<input type="checkbox"/>	卵、乳、種実類、えび、かにの完全除去食の提供(但し、調味料は除去対象外) (除去食物:)
対応4	代替食の提供
<input type="checkbox"/>	調理の必要がない1食用のデザート(卵、乳、果物、小麦)の代替食の提供
対応5	その他
<input type="checkbox"/>	牛乳の停止

年月日	変更内容
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
備考	

<学校における配慮と対応>

給食	
食物・食材を扱う授業・活動	
運動	
宿泊を伴う活動	
薬(エピペン等)の保管	

<学校での様子> ※学校でアレルギーを発症した場合等を記録すること。

年月日	症状	処置・経過	備考
年 月 日			