


食物アレルギー調査票

年 組 番	ふりがな	男 ・ 女
	児童生徒氏名	

保護者氏名	電話番号
-------	------

1 食物アレルギーはありますか。

- ・ ある
- ・ ない  以上で終わりです。



2 食物アレルギーの原因となる食品は何ですか。

[]

3 今までどのような症状が出ましたか。

- ・ じんましん
- ・ 下痢
- ・ 吐き気
- ・ 口唇やのどなどのはれやかゆみ
- ・ アナフィラキシーショック
- ・ その他（)

4 現在、除去している食品はありますか？

- ・ ない
- ・ ある（食品名)

5 食品を除去しているのは医師の指示ですか。

- ・ 指示による
- ・ 指示ではなく保護者判断による
- ・ その他（)

[指示による場合のみ 病院名：]

6 エピペン®を処方されていますか。

- ・ されている
- ・ されていない

7 エピペン®以外で、アレルギーに関して学校に持参する必要のある薬がありますか。

- ・ ない
- ・ ある

8 学校での食物アレルギーに対する対応（献立の詳細情報の提供）を希望しますか。（北斗市では除去食・代替食の対応は行っておりません。）

- ・ 希望する
- ・ 希望しない

※「希望する」方は、学校生活管理指導表の提出と後日面談を行います。
また、学校生活管理指導表は、保護者費用負担により医療機関で記載してもらう必要があります。

面談票（教職員記入用）

年 組 番 男・女	児童生徒氏名	
(生年月日)平成 年 月 日生	保護者氏名	

	面 談 日	面 談 参 加 者
1 回目	令和 年 月 日	
	管理指導表配付の有無	有 ・ 無
2 回目	令和 年 月 日	
3 回目	令和 年 月 日	

質問 1 食物アレルギーを起こす原因食品、具体的な症状、症状が出る量、加熱による可食の有無について教えてください。

原因食品	具体的な症状	症状が出る量	加熱による可食の有無
(例)鶏卵	(例)湿疹が出る	(例)揚げ物のつなぎ程度	×

質問 2 医療機関で検査・診断を受けていますか。

- () 受けた [最終受診日 年 月]
 ・かかりつけの病院名 []
 ・検査・診断方法 [・血液検査 ・食物負荷試験 ・症状の既往]
 () 受けていない

質問 3 家庭で、原因食品の除去をしていますか。

- () 医師の指示による除去 [食品名]
 () 保護者の判断による除去 [食品名]
 () 除去していない

質問 4 アナフィラキシーショックの経験はありますか。

- () ある [発症時期 歳] [原因]
 [具体的な症状]
 () ない

質問 5 運動でアナフィラキシー症状を発症したことがありますか

- () ある [食品との関連: 有 ・ 無]
 () ない

質問 6 エピペン®を処方されていますか。

- () 処方されている ➡ 何本処方されていますか。(本)
 どこに保管していますか。() 家庭で保管している。
 () 本人が携帯している。
 () 処方されていない
 () その他

問7 現在アレルギー疾患の治療のために使用している薬について教えてください。

- () ある [内服薬] [吸入薬]
[外服薬] [注射薬]
() ない

質問8 学校に携帯を希望する薬はありますか

- () ある [薬剤名]
() ない

質問9 児童生徒自身で薬剤の管理及び使用ができますか

- () できる
() できない [具体的な配慮方法 :]

質問10 学校給食での食物アレルギーに対する対応（献立の詳細情報の提供）を希望しますか。

- () 希望する
() 希望しない

質問11 どのような学校給食の対応を希望しますか。

- () 毎月、詳細な献立表を希望する
() 児童生徒が自分で除去する・・・[除去する食品]
() 弁当を持参する・・・[完全弁当・一部弁当 :]
() その他・・・[]

質問12 学校生活上の注意点や配慮することはありますか。

(ア) 食物・食材を扱う授業、クラブ・委員会活動・部活動

--

(イ) 運動（体育・部活動）

--

(ウ) 遠足・校外学習

--

(エ) 宿泊を伴う校外活動

--

(オ) 他の子どもたちに対する指導

--

(カ) 他の保護者に対する説明

--

(キ) 医療関係・消防機関への情報提供

--

(ク) アレルギーの症状が出た時の対応

--

(ケ) その他

--

小中学校 様

保護者氏名

印

食物アレルギー対応確認書

食物アレルギーによる学校給食での対応について、面談の結果下記のとおり確認しましたので、お願いいたします。

記

ふりがな		年 組	男 ・ 女
児童生徒氏名			

【学校給食における対応内容】

☆下記の問いの該当するものに○印をつけ、それ以外は具体的にご記入ください。

1 アレルギー原因物質

原因物質	原因物質を摂取したときに現れる症状
①	
②	
③	
④	
⑤	

2 主食<米飯、パン>、牛乳、副食<おかず>の提供

- ◇米飯（あり ・ なし）
- ◇パン（あり ・ なし）
- ◇牛乳（あり ・ なし）

*副食・おかずは「食物アレルギー対応連絡票」により、毎月連絡します。

3 弁当（一部食材を含む）の持参または、アレルギー原因食物を本人が除去して喫食

- ◇（ 米飯 ・ パン ・ その他 ）の場合、家庭から主食を持参する。
- ◇副食に（ ）が含まれる場合は、家庭から弁当を持参します。
- ◇副食に（ ）が含まれる場合は、本人が除去します。
- ◇その他（ ）

4 特記事項（その他伝えたい事項について記載ください）

小学校・中学校 様

令和 年 月 分

食物アレルギー対応連絡票

ふりがな		年 組	男 ・ 女
児童生徒氏名			

1 アレルギー原因物質について

- ① ② ③
-
- ④ ⑤ ⑥

2 連絡項目

給食日	メニュー	対応	※センター 記入欄 軽減金額
日		・食べない ・一部（ ）	
日		・食べない ・一部（ ）	
日		・食べない ・一部（ ）	
日		・食べない ・一部（ ）	
日		・食べない ・一部（ ）	
日		・食べない ・一部（ ）	
日		・食べない ・一部（ ）	
日		・食べない ・一部（ ）	
日		・食べない ・一部（ ）	
日		・食べない ・一部（ ）	
日		・食べない ・一部（ ）	
日		・食べない ・一部（ ）	
日		・食べない ・一部（ ）	
日		・食べない ・一部（ ）	
日		・食べない ・一部（ ）	
日		・食べない ・一部（ ）	
日		・食べない ・一部（ ）	
日		・食べない ・一部（ ）	
日		・食べない ・一部（ ）	
			軽減金額計

記入日：令和 年 月 日

保護者氏名： 印

※ この用紙は提出いただいた後、コピーを保護者様にお返しします。
また、給食センターより軽減金額を記載し通知します。

食物アレルギー児童生徒集計票

学校名 _____

記入者名 _____

児童生徒在籍数 人(男 人・女 人)

1 学校生活管理指導表を提出している児童生徒数について

※()内には、内数として学校生活管理指導表の提出があり、給食での管理が不要な人数を記載ください。

1年生		2年生		3年生		4年生		5年生		6年生		計	
男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
											合計		
											()		

2 1の児童生徒の食物アレルギー原因物質について(複数回答可)

①表示義務(特定原材料7品目)

(単位:人)

えび	かに	小麦	そば	卵	乳(牛乳含む)	落花生

②表示奨励(20品目)

(単位:人)

あわび	いか	いくら	オレンジ	キウイ	牛肉	くるみ

鮭	さば	大豆	鶏肉	バナナ	豚肉	まつたけ

もも	やまいも	りんご	ゼラチン	ごま	卵1-ナツ

③その他

(単位:人)

3 学校給食の喫食状況と弁当等の持参について（複数回答可）

食物アレルギーのため、給食を食べることができない児童生徒の人数と、その場合に家庭から弁当（一部食材を含む）を持参している人数を記載下さい。

（単位：人）

① 全食不可 弁当持参	② 主食					
	米飯		パン		その他	
	喫食できない	代替食持参	喫食できない	代替食持参	喫食できない	代替食持参

③ 副食（おかず）				④ 牛乳	
喫食できない	代替食持参	ほとんど全て 喫食できない	代替食持参	飲むことが できない	代替飲料持参

※①の計上数は、②～④に含めない。

4 牛乳の代替品の対応人数について（該当項目に○を記載）

（単位：人）

1年生		2年生		3年生		4年生		5年生		6年生		計	
男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
											合計		

5 アドレナリン自己注射「エピペン」の保有児童生徒について

年組	氏名	本人 保管 ①	学校保管 ②	有効期限
年 組		有	有/保管方法（ ）・ 無	① ②
年 組		有	有/保管方法（ ）・ 無	① ②
年 組		有	有/保管方法（ ）・ 無	① ②

※ 該当する児童生徒がいる場合、学校生活管理指導表写しを添付

令和 年 月 日

小中学校長 様

保護者氏名 _____ 印

「エピペン」保管依頼書

下記の通り、貴校での保管を依頼いたしますので、宜しくお願いいたします。

記

ふりがな		年 組	男 ・ 女
児童生徒氏名			

1 学校での保管方法

貴校の状況に合わせ、適切な保管をお願いいたします。

2 使用期限について

保管依頼する「エピペン」の有効期限が、令和 年 月までです。

※有効期限が切れた場合は保護者が引き取ります。

学校での保管を希望する場合は、再度保管依頼書を提出いたします。

※エピペンは、別途本人に保管（携帯）させます。

3 原因物質および既往症状

原因物質	既往症状

4 連絡事項欄

小中学校長 様

食物アレルギーに係る給食提供のお願い・同意書

「北斗市学校給食食物アレルギー対策マニュアル」の規定（規定2の（2）の②：アナフィラキシーに関する項）により、本来、学校給食の提供を受けることはできませんが、学校・北斗市学校給食共同調理場との同意の上で給食の提供を希望します。

同意事項

1. 保護者が北斗市学校給食共同調理場より提供される「詳細献立表」及び「原材料献立表」等により、アレルギーの原因となる食品を確認し、保護者または児童本人がアレルギーに係る食材・食品の除去を行うこと。また、献立内容によっては摂食そのものをとりやめること。（いずれも、必要に応じて弁当を持参することとする。）
2. 学校は、保護者からの「食物アレルギー対応連絡票（様式4）」をもとに、児童に除去すべき食材・食品があることを確認することとします。（給食指導における学級指導の必要から、アレルギーに係る食材・食品の除去については保護者・児童本人の責任で行うこととする。）
3. 保護者は、北斗市学校給食共同調理場及び学校との連絡・連携を密にし、児童に食物アレルギー事故の無いよう、保護者自らの責任のもとで摂食させます。

保護者氏名 _____ 印

児童氏名 _____ 年 組