

## 様式集

- 様式 1-1 「アレルギー疾患に関する調査票（在校生）」
- 様式 1-2 「アレルギー疾患に関する調査票（新1年生）」
- 様式 2 「学校生活管理指導表」
- 様式 3 「食物アレルギー個人記録票兼聞き取り調査票」
- 様式 4-1 「飲用牛乳代替希望申請書 食物アレルギー用」
- 様式 4-2 「飲用牛乳代替希望申請書 食物アレルギー以外の疾患用」
- 様式 5 「食物アレルギー対応食申請書」
- 様式 6-1 「食物アレルギー対応食対象児童生徒一覧表（新規）」
- 様式 6-2 「食物アレルギー対応食対象児童生徒一覧表（変更あり）」
- 様式 6-3 「食物アレルギー対応食対象児童生徒一覧表（変更なし）」
- 様式 7 「食物アレルギー対応食決定通知書」
- 様式 8 「食物アレルギー対応食一覧表」
- 様式 9 「献立対応予定表兼承諾書」
- 様式 10 「アレルギー対応食手配表」
- 様式 11-1 「学校別食物アレルギー対応者一覧表（学校給食センター用）」
- 様式 11-2 「学校別食物アレルギー対応者一覧表（学校用）」
- 様式 12 「食物アレルギー対応食中止届出書」

# アレルギー疾患に関する調査票

記入日：(和暦) 年 月 日

ふりがな 児童生徒名		学校名	土岐市立	学校
保護者名		学 年	年	組 番

1 アレルギーはありますか？(下の 有・無 を必ず ○で囲んでください。)

アレルギー疾患の種類	症状の有無	医師の診断の有無
気管支ぜん息	有 ・ 無	有 ・ 無
アトピー性皮膚炎	有 ・ 無	有 ・ 無
アレルギー性結膜炎	有 ・ 無	有 ・ 無
アレルギー性鼻炎	有 ・ 無	有 ・ 無
食物アレルギー	有 ・ 無 (有の場合は下欄もご記入ください)	有 ・ 無
	食物アレルギーのある場合のみご記入ください。『学校給食加工品原材料の明細』の配付を希望しますか	希望する・希望しない

2 アレルギーが一つでもある方はご記入ください。(ない人は記入なし)

『学校生活管理指導表』による管理・指導が必要ですか。	必要 ・ 不要
----------------------------	---------

\*食物アレルギーにより学校給食で食べられない食品があり、対応食・代替食等学校で配慮や管理を希望される場合は『学校生活管理指導表』が必要です。

3 食物アレルギーや食物アレルギー以外の疾患による飲用牛乳の代替 (○をうってください。)

乳アレルギーで「飲用牛乳をお茶」へ代替することを希望しますか。	希望する
乳糖不耐症などの疾患で「飲用牛乳をお茶」へ代替することを希望しますか。	希望する

\*食物アレルギー(乳アレルギー)の場合は『学校生活管理指導表』、  
食物アレルギー以外の疾患(乳糖不耐症など)の場合は『医師による証明』が必要です。

4 食物アレルギーがある場合のみご記入ください。学校で配慮が必要な原因食品について、記入してください。

学校で配慮が必要な原因食品	アレルギー原因食品が含まれる給食メニューの対応		医師の診断の有無
	<input type="checkbox"/> 全く食べない <input type="checkbox"/> 本人が除去して食べる <input type="checkbox"/> 代替食持参(管理表・対応願が必要) <input type="checkbox"/> その他( )		有 ・ 無
	<input type="checkbox"/> 全く食べない <input type="checkbox"/> 本人が除去して食べる <input type="checkbox"/> 代替食持参(管理表・対応願が必要) <input type="checkbox"/> その他( )		有 ・ 無
	<input type="checkbox"/> 全く食べない <input type="checkbox"/> 本人が除去して食べる <input type="checkbox"/> 代替食持参(管理表・対応願が必要) <input type="checkbox"/> その他( )		有 ・ 無
	<input type="checkbox"/> 全く食べない <input type="checkbox"/> 本人が除去して食べる <input type="checkbox"/> 代替食持参(管理表・対応願が必要) <input type="checkbox"/> その他( )		有 ・ 無
	<input type="checkbox"/> 全く食べない <input type="checkbox"/> 本人が除去して食べる <input type="checkbox"/> 代替食持参(管理表・対応願が必要) <input type="checkbox"/> その他( )		有 ・ 無
食物アレルギーを 発症した年齢		現在の様子	
原因食品を喫食した 場合の症状			
学校生活において 気をつけなければ いけないこと			

## アレルギー疾患に関する調査票

記入日：(和暦) 年 月 日

ふりがな 園児名	保護者名
	電話番号

## 1 アレルギーはありますか？(下の 有・無 を必ず ○で囲んでください。)

アレルギー疾患の種類	症状の有無	医師の診断の有無
気管支ぜん息	有 ・ 無	有 ・ 無
アトピー性皮膚炎	有 ・ 無	有 ・ 無
アレルギー性結膜炎	有 ・ 無	有 ・ 無
アレルギー性鼻炎	有 ・ 無	有 ・ 無
食物アレルギー	有 ・ 無 (有の場合は下欄もご記入ください)	有 ・ 無
	食物アレルギーのある場合のみご記入ください。『学校給食加工品原材料の明細』の配布を希望しますか	希望する・希望しない

## 2 アレルギーが一つでもある方はご記入ください。(ない人は記入なし)

『学校生活管理指導表』による管理・指導が必要ですか。	必要 ・ 不要
----------------------------	---------

\*食物アレルギーにより学校給食で食べられない食品があり、対応食・代替食等学校で配慮や管理を希望される場合は『学校生活管理指導表』が必要です。

## 3 食物アレルギーや食物アレルギー以外の疾患による飲用牛乳の代替について(○をうってください。)

乳アレルギーで「飲用牛乳をお茶」へ代替することを希望しますか。	希望する
乳糖不耐症などの疾患で「飲用牛乳をお茶」へ代替することを希望しますか。	希望する

\*食物アレルギー(乳アレルギー)の場合は『学校生活管理指導表』、食物アレルギー以外の疾患(乳糖不耐症など)の場合は『医師による証明』が必要です。

## 4 食物アレルギーがある場合のみご記入ください。学校で配慮が必要な原因食品について、記入してください。

学校で配慮が必要な原因食品	アレルギー原因食品が含まれる給食メニューの対応		医師の診断の有無
	<input type="checkbox"/> 全く食べない <input type="checkbox"/> 本人が除去して食べる <input type="checkbox"/> 代替食持参(管理表・対応願が必要) <input type="checkbox"/> その他( )		有 ・ 無
	<input type="checkbox"/> 全く食べない <input type="checkbox"/> 本人が除去して食べる <input type="checkbox"/> 代替食持参(管理表・対応願が必要) <input type="checkbox"/> その他( )		有 ・ 無
	<input type="checkbox"/> 全く食べない <input type="checkbox"/> 本人が除去して食べる <input type="checkbox"/> 代替食持参(管理表・対応願が必要) <input type="checkbox"/> その他( )		有 ・ 無
	<input type="checkbox"/> 全く食べない <input type="checkbox"/> 本人が除去して食べる <input type="checkbox"/> 代替食持参(管理表・対応願が必要) <input type="checkbox"/> その他( )		有 ・ 無
	<input type="checkbox"/> 全く食べない <input type="checkbox"/> 本人が除去して食べる <input type="checkbox"/> 代替食持参(管理表・対応願が必要) <input type="checkbox"/> その他( )		有 ・ 無
食物アレルギーを 発症した年齢		現在の様子	
原因食品を喫食した場合の 症状			
学校生活において気を つけなければいけない こと			

表 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

名前 \_\_\_\_\_ (男・女) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 組

提出日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※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。

<p>アナフィラキシー（あり・なし） 食物アレルギー</p>	<p>病型・治療</p>	<p>学校生活上の留意点</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</p> <p>医師名 Ⓢ</p> <p>医療機関名</p>																							
<p>Ⅳ 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）</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>即時型</li> <li>口腔アレルギー症候群</li> <li>食物依存性運動誘発アナフィラキシー</li> </ol> <p>Ⅴ 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）</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>食物（原因）</li> <li>食物依存性運動誘発アナフィラキシー</li> <li>運動誘発アナフィラキシー</li> <li>昆虫</li> <li>医薬品</li> <li>その他</li> </ol> <p>Ⅵ 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</p> <table border="1"> <tr> <td>1. 鶏卵</td> <td>（ ）</td> </tr> <tr> <td>2. 牛乳・乳製品</td> <td>（ ）</td> </tr> <tr> <td>3. 小麦</td> <td>（ ）</td> </tr> <tr> <td>4. ソバ</td> <td>（ ）</td> </tr> <tr> <td>5. ビーナッツ</td> <td>（ ）</td> </tr> <tr> <td>6. 甲殻類</td> <td>（ ）</td> </tr> <tr> <td>7. 木の果類</td> <td>（ ）</td> </tr> <tr> <td>8. 果物類</td> <td>（ ）</td> </tr> <tr> <td>9. 魚類</td> <td>（ ）</td> </tr> <tr> <td>10. 肉類</td> <td>（ ）</td> </tr> <tr> <td>11. その他1</td> <td>（ ）</td> </tr> <tr> <td>12. その他2</td> <td>（ ）</td> </tr> </table> <p>Ⅶ 緊急時に備えた処方薬</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬）</li> <li>アドレナリン自己注射薬（「エピペン®」）</li> <li>その他（ ）</li> </ol>	1. 鶏卵	（ ）	2. 牛乳・乳製品	（ ）	3. 小麦	（ ）	4. ソバ	（ ）	5. ビーナッツ	（ ）	6. 甲殻類	（ ）	7. 木の果類	（ ）	8. 果物類	（ ）	9. 魚類	（ ）	10. 肉類	（ ）	11. その他1	（ ）	12. その他2	（ ）	<p>Ⅳ 給食</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>管理不要</li> <li>管理必要</li> </ol> <p>Ⅴ 食物・食材を扱う授業・活動</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>管理不要</li> <li>管理必要</li> </ol> <p>Ⅵ 運動（体育・部活動等）</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>管理不要</li> <li>管理必要</li> </ol> <p>Ⅶ 宿泊を伴う校外活動</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>管理不要</li> <li>管理必要</li> </ol> <p>Ⅷ 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</p> <p>※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ございます。</p> <p>鶏卵：卵殻カルシウム 牛乳：乳糖・乳清脂成分カルシウム 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>Ⅷ その他の配慮・管理事項（自由記述）</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</p> <p>医師名 Ⓢ</p> <p>医療機関名</p>
1. 鶏卵	（ ）																									
2. 牛乳・乳製品	（ ）																									
3. 小麦	（ ）																									
4. ソバ	（ ）																									
5. ビーナッツ	（ ）																									
6. 甲殻類	（ ）																									
7. 木の果類	（ ）																									
8. 果物類	（ ）																									
9. 魚類	（ ）																									
10. 肉類	（ ）																									
11. その他1	（ ）																									
12. その他2	（ ）																									
<p>気管支ぜん息 （あり・なし）</p>	<p>病型・治療</p>	<p>学校生活上の留意点</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</p> <p>医師名 Ⓢ</p> <p>医療機関名</p>																							
<p>Ⅳ 症状のコントロール状態</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>良好</li> <li>比較的良好</li> <li>不良</li> </ol> <p>Ⅴ-1 長期管理薬（吸入）</p> <table border="1"> <tr> <td>薬剤名</td> <td>投与量/日</td> </tr> <tr> <td>1. ステロイド吸入薬</td> <td>（ ）（ ）</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td>（ ）（ ）</td> </tr> <tr> <td>3. その他</td> <td>（ ）（ ）</td> </tr> </table> <p>Ⅴ-2 長期管理薬（内服）</p> <table border="1"> <tr> <td>薬剤名</td> <td>投与量/日</td> </tr> <tr> <td>1. ロイコトリエン受容体拮抗薬</td> <td>（ ）</td> </tr> <tr> <td>2. その他</td> <td>（ ）</td> </tr> </table> <p>Ⅴ-3 長期管理薬（注射）</p> <table border="1"> <tr> <td>薬剤名</td> <td>投与量/日</td> </tr> <tr> <td>1. 生物学的製剤</td> <td>（ ）</td> </tr> <tr> <td>2. ベータ刺激薬吸入</td> <td>（ ）</td> </tr> <tr> <td>3. ベータ刺激薬内服</td> <td>（ ）</td> </tr> </table> <p>Ⅵ 発作時の対応</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ベータ刺激薬吸入</li> <li>ベータ刺激薬内服</li> </ol>	薬剤名	投与量/日	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	（ ）（ ）	薬剤名	投与量/日	1. ロイコトリエン受容体拮抗薬	（ ）	2. その他	（ ）	薬剤名	投与量/日	1. 生物学的製剤	（ ）	2. ベータ刺激薬吸入	（ ）	3. ベータ刺激薬内服	（ ）	<p>Ⅳ 運動（体育・部活動等）</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>管理不要</li> <li>管理必要</li> </ol> <p>Ⅴ 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>管理不要</li> <li>管理必要</li> </ol> <p>Ⅵ 宿泊を伴う校外活動</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>管理不要</li> <li>管理必要</li> </ol> <p>Ⅷ その他の配慮・管理事項（自由記述）</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</p> <p>医師名 Ⓢ</p> <p>医療機関名</p>		
薬剤名	投与量/日																									
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	（ ）（ ）																									
薬剤名	投与量/日																									
1. ロイコトリエン受容体拮抗薬	（ ）																									
2. その他	（ ）																									
薬剤名	投与量/日																									
1. 生物学的製剤	（ ）																									
2. ベータ刺激薬吸入	（ ）																									
3. ベータ刺激薬内服	（ ）																									

1 学級・氏名・住所

記入年月日	・	・	・	・	・	・	・	・	・
学年	新小1	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2
学級									
担任氏名									
(ふりがな) 氏名					生年月日	(和暦)	年	月	日
住所	〒								
電話	(自宅)				(携帯)				

2 現在ある食物アレルギーの状況

原因食品 ・症状 ※頻度	アレルギー	症状	※頻度	発症した時期	過去に除去をしていたが、食べられるようになった食品
				歳 月頃	
				歳 月頃	
				歳 月頃	
				歳 月頃	
				歳 月頃	
※頻度 ①必ず出る ②ときどき出る ③ほとんど出ない					
アナフィラキシー	有・無	年 月 日	症 状	年 月 日	症 状
緊急時の処方薬	有・無	<input type="checkbox"/> 内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬） <input type="checkbox"/> アドレナリン自己注射薬（エピペン®） <input type="checkbox"/> その他			

3 緊急時の対応内容

症状	➡	処方薬 対処方法 保管方法 緊急連絡先 等
症状	➡	処方薬 対処方法 保管方法 緊急連絡先 等
症状	➡	処方薬 対処方法 保管方法 緊急連絡先 等

4 特に注意を要する事項

5 学校生活上に起こったアレルギー症状の申し送り (学校で記入するため、記入の必要はありません)

※特に申し送りが必要な症状が出た場合に記入

学年・組	年 組	担任		学年・組	年 組	担任	
アレルギー 症状 時間帯 活動内容 対処 昨年度か らの変更 点  など				アレルギー 症状 時間帯 活動内容 対処 昨年度か らの変更 点  など			
アレルギー 症状 時間帯 活動内容 対処 昨年度か らの変更 点  など				アレルギー 症状 時間帯 活動内容 対処 昨年度か らの変更 点  など			
アレルギー 症状 時間帯 活動内容 対処 昨年度か らの変更 点  など				アレルギー 症状 時間帯 活動内容 対処 昨年度か らの変更 点  など			
アレルギー 症状 時間帯 活動内容 対処 昨年度か らの変更 点  など				アレルギー 症状 時間帯 活動内容 対処 昨年度か らの変更 点  など			

## 6 家庭での除去の程度について

(1)現在ある食物アレルギーについて、食べて良いものに○、食べてはいけない物に×を( )に記入してください。  
(※食物アレルギーのある食品についてのみ、記入してください。)

### 鶏卵

食品リスト	○・×
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 など)	( )
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量含まれる食品 (プリン、茶碗蒸し、卵とじ、玉子スープ、ハンペン など)	( )
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 (かまぼこ、ちくわ、ハム、ソーセージ、中華麺 など)	( )
全卵をきわめて微量に含む食品 (一部のパン、天ぷら粉、麺類のつなぎ など)	( )
未焼成卵殻カルシウム	( )

### 乳、乳製品

食品リスト	○・×
生の牛乳、牛乳を主原料とした食品 (牛乳、調整粉乳、脱脂粉乳、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)	( )
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、バターやこれらを用いた食品	( )
牛乳を多く用いた菓子類 (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)	( )
一部のマーガリン、ショートニング	( )
加熱された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	( )

### 落花生

食品リスト	○・×
調味料などに微量に含まれる食品	( )

### ごま

食品リスト	○・×
調味料などに微量に含まれる食品	( )
ごま油	( )

7 次の該当するものに☑をしてください

(1)家庭での食事状況

除去の方法	<input type="checkbox"/> 初めから除去し、家族とは別に調理 (アレルゲン ) <input type="checkbox"/> 調理の途中から除去 (アレルゲン ) <input type="checkbox"/> 調理をしたものから除去 (アレルゲン ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
除去の程度	<input type="checkbox"/> 常に除去 (アレルゲン ) <input type="checkbox"/> 体調によって除去 (アレルゲン ) <input type="checkbox"/> 特に除去はしていない (アレルゲン )
専用調理器具	<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない
専用食器	<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない
調味料	<input type="checkbox"/> 家族と同じ調味料を使用している <input type="checkbox"/> アレルゲンが含まれていない調味料を使用している(商品名 : )
外食時	<input type="checkbox"/> 外食はしない <input type="checkbox"/> アレルゲンが含まれていない食事を注文 <input type="checkbox"/> アレルゲンを取り除いて食べる <input type="checkbox"/> アレルギー対応の食事を注文する

(2)現在の給食の対応について

給食の喫食状況	<input type="checkbox"/> アレルゲンを取り除いて食べている(例 : 八宝菜はうずら卵を取り除いて食べる) <input type="checkbox"/> アレルゲンの入っているおかずは食べない <input type="checkbox"/> アレルゲンの入っているおかずがある場合は、家庭から代替りの物を持参している <input type="checkbox"/> 弁当持参
---------	---

(3)授業、学校行事について

授業(家庭科の調理実習等)で配慮を依頼していますか (今後予定がありますか)	<input type="checkbox"/> している (予定がある) <input type="checkbox"/> していない (予定はない)
している場合、どのような内容ですか	
学校行事(修学旅行等)で配慮を依頼していますか (今後予定がありますか)	<input type="checkbox"/> している (予定がある) <input type="checkbox"/> していない (予定はない)
している場合、どのような内容ですか	

記載された内容を食物アレルギー対応、緊急時の対応に活用するため、学校内、必要に応じて医療機関、消防署と共有することに同意します。

保護者名 \_\_\_\_\_



## 飲用牛乳代替希望申請書

(食物アレルギー用)

提出日 (和暦) 年 月 日

(あて先) 学校給食センター所長保護者氏名

○飲用牛乳のお茶への代替を申請します。

学校名	学校
学 級	新1年生 ・ 年 組 番
ふりがな 氏名	

## 【注意事項】

食物アレルギーの場合は、学校へ「学校生活管理指導表」を提出してください。

## 処理欄

養護教諭	学校給食 センター所長	栄養士	給食センター 受付年月日
			年 月 日



## 食物アレルギー対応食申請書

提出日 (和暦) 年 月 日

土岐市教育委員会 へ

保護者氏名 \_\_\_\_\_

○次のとおり対応食の実施について申請します。

ふりがな 氏名	生年月日	(和暦) 年 月 日	
学校・学級	学校	新1年生	年 組
住所	土岐市		
緊急時連絡先	1.	電話	
	2.	電話	
かかりつけの病院 主治医		電話	
対応希望食品	<input type="checkbox"/> 鶏卵 <input type="checkbox"/> 乳 ・ 乳製品 <input type="checkbox"/> 落花生 <input type="checkbox"/> ごま		

○対応食の実施にあたり、下記のことを理解して同意します。

- ◆除去により栄養面・献立面での不足が生じること。
- ◆不足があれば、一部弁当持参も必要な場合があること。
- ◆微量混入（コンタミネーション）の可能性が完全には排除できないこと。
- ◆定期的及び必要に応じて、対応内容について学校側と協議する必要があること。
- ◆この申請及び食物アレルギー対応に関わる書類の内容は、教職員全員及び学校給食食物アレルギー対応食判定委員会で情報が共有されること。
- ◆申請内容は審査の結果によりすべて実現するとは限らないこと。

学校処理欄

校長	教頭	養護教諭	給食主任	学級担任	教育委員会 受付年月日
					年 月 日

## 食物アレルギー対応食対象児童生徒一覧表（新規）

（和暦） 年 月 日

土岐市教育委員会 あて

\_\_\_\_\_  
学校長

保護者より学校給食食物アレルギー対応の申請がありましたので、必要書類を添えて審査決定を依頼します。

## ○ 必要書類

「アレルギー疾患に関する調査票（様式1）」（複写）

「学校生活管理指導表（様式2）」（複写）

「食物アレルギー個人記録票兼聞き取り調査票（様式3）」（複写）

「食物アレルギー対応食申請書（様式5）」（原本）

番号	学級	児童生徒氏名	生年月日	対応希望食品	判定内容
1	新1年生 年 組		(和暦) 年 月 日	鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま	除去食 (鶏卵・乳、乳製品・落花生・ごま)
					除去食は見送り (自分で除去・弁当持参)
2	新1年生 年 組		(和暦) 年 月 日	鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま	除去食 (鶏卵・乳、乳製品・落花生・ごま)
					除去食は見送り (自分で除去・弁当持参)
3	新1年生 年 組		(和暦) 年 月 日	鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま	除去食 (鶏卵・乳、乳製品・落花生・ごま)
					除去食は見送り (自分で除去・弁当持参)
4	新1年生 年 組		(和暦) 年 月 日	鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま	除去食 (鶏卵・乳、乳製品・落花生・ごま)
					除去食は見送り (自分で除去・弁当持参)

NO.

番号	学級	児童生徒氏名	生年月日	対応希望食品	判定内容
5	新1年生 年 組		(和暦) 年 月 日	鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま	除去食 (鶏卵・乳、乳製品・落花生・ごま)
					除去食は見送り (自分で除去・弁当持参)
6	新1年生 年 組		(和暦) 年 月 日	鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま	除去食 (鶏卵・乳、乳製品・落花生・ごま)
					除去食は見送り (自分で除去・弁当持参)
7	新1年生 年 組		(和暦) 年 月 日	鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま	除去食 (鶏卵・乳、乳製品・落花生・ごま)
					除去食は見送り (自分で除去・弁当持参)
8	新1年生 年 組		(和暦) 年 月 日	鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま	除去食 (鶏卵・乳、乳製品・落花生・ごま)
					除去食は見送り (自分で除去・弁当持参)
9	新1年生 年 組		(和暦) 年 月 日	鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま	除去食 (鶏卵・乳、乳製品・落花生・ごま)
					除去食は見送り (自分で除去・弁当持参)
10	新1年生 年 組		(和暦) 年 月 日	鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま	除去食 (鶏卵・乳、乳製品・落花生・ごま)
					除去食は見送り (自分で除去・弁当持参)
11	新1年生 年 組		(和暦) 年 月 日	鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま	除去食 (鶏卵・乳、乳製品・落花生・ごま)
					除去食は見送り (自分で除去・弁当持参)
12	新1年生 年 組		(和暦) 年 月 日	鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま	除去食 (鶏卵・乳、乳製品・落花生・ごま)
					除去食は見送り (自分で除去・弁当持参)

年 月 日

上記のとおり学校給食食物アレルギー対応食判定委員会にて判定いたしました。

## 食物アレルギー対応食対象児童生徒一覧表（変更あり）

(和暦) 年 月 日

土岐市教育委員会 あて

\_\_\_\_\_  
学校長

保護者より学校給食食物アレルギー対応の申請がありましたので、必要書類を添えて審査決定を依頼します。

## ○ 必要書類

「アレルギー疾患に関する調査票（様式1）」（複写）

「学校生活管理指導表（様式2）」（複写）

「食物アレルギー個人記録票兼聞き取り調査票（様式3）」（複写）

「食物アレルギー対応食申請書（様式5）」（原本）

番号	学級	児童生徒氏名	生年月日	現在の対応内容	対応希望食品	新規判定内容
					症状の変化	
1	年 組		(和暦) 年 月 日	除去食 (鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま)	(対応希望食品) 鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま	除去食 (鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま)
					(症状の変化)	除去食は見送り (自分で除去・弁当持参)
2	年 組		(和暦) 年 月 日	除去食 (鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま)	(対応希望食品) 鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま	除去食 (鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま)
					(症状の変化)	除去食は見送り (自分で除去・弁当持参)
3	年 組		(和暦) 年 月 日	除去食 (鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま)	(対応希望食品) 鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま	除去食 (鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま)
					(症状の変化)	除去食は見送り (自分で除去・弁当持参)
4	年 組		(和暦) 年 月 日	除去食 (鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま)	(対応希望食品) 鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま	除去食 (鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま)
					(症状の変化)	除去食は見送り (自分で除去・弁当持参)
5	年 組		(和暦) 年 月 日	除去食 (鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま)	(対応希望食品) 鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま	除去食 (鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま)
					(症状の変化)	除去食は見送り (自分で除去・弁当持参)

番号	学級	児童生徒氏名	生年月日	現在の対応内容	対応希望食品	新規判定内容
					症状の変化	
6	年 組		(和暦) 年 月 日	除去食 (鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま)	(対応希望食品) 鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま	除去食 (鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま)
					(症状の変化)	除去食は見送り (自分で除去・弁当持参)
7	年 組		(和暦) 年 月 日	除去食 (鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま)	(対応希望食品) 鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま	除去食 (鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま)
					(症状の変化)	除去食は見送り (自分で除去・弁当持参)
8	年 組		(和暦) 年 月 日	除去食 (鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま)	(対応希望食品) 鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま	除去食 (鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま)
					(症状の変化)	除去食は見送り (自分で除去・弁当持参)
9	年 組		(和暦) 年 月 日	除去食 (鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま)	(対応希望食品) 鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま	除去食 (鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま)
					(症状の変化)	除去食は見送り (自分で除去・弁当持参)
10	年 組		(和暦) 年 月 日	除去食 (鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま)	(対応希望食品) 鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま	除去食 (鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま)
					(症状の変化)	除去食は見送り (自分で除去・弁当持参)
11	年 組		(和暦) 年 月 日	除去食 (鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま)	(対応希望食品) 鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま	除去食 (鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま)
					(症状の変化)	除去食は見送り (自分で除去・弁当持参)
12	年 組		(和暦) 年 月 日	除去食 (鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま)	(対応希望食品) 鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま	除去食 (鶏卵・乳、乳製品 落花生・ごま)
					(症状の変化)	除去食は見送り (自分で除去・弁当持参)

年 月 日

上記のとおり学校給食食物アレルギー対応食判定委員会にて判定いたしました。

## 食物アレルギー対応食対象児童生徒一覧表（変更なし）

(和暦) 年 月 日

土岐市教育委員会 あて

\_\_\_\_\_  
学校長

保護者より学校給食食物アレルギー対応の申請がありましたので、必要書類を添えて審査決定を依頼します。

診断・面談の結果、症状等についてはこれまでと変更はありません。

## ○ 必要書類

「アレルギー疾患に関する調査票（様式1）」（複写）

「学校生活管理指導表（様式2）」（複写）

「食物アレルギー個人記録票兼聞き取り調査票（様式3）」（複写）

「食物アレルギー対応食申請書（様式5）」（原本）

番号	学級	児童生徒氏名	生年月日	現在の対応内容	
				判定内容	
1	年 組		(和暦) 年 月 日	除去食 (鶏卵・乳、乳製品・落花生・ごま)	
				継続 可	除去食は見送り
2	年 組		(和暦) 年 月 日	除去食 (鶏卵・乳、乳製品・落花生・ごま)	
				継続 可	除去食は見送り
3	年 組		(和暦) 年 月 日	除去食 (鶏卵・乳、乳製品・落花生・ごま)	
				継続 可	除去食は見送り
4	年 組		(和暦) 年 月 日	除去食 (鶏卵・乳、乳製品・落花生・ごま)	
				継続 可	除去食は見送り
5	年 組		(和暦) 年 月 日	除去食 (鶏卵・乳、乳製品・落花生・ごま)	
				継続 可	除去食は見送り



NO.

番号	学級	児童生徒氏名	生年月日	現在の対応内容
				判定内容
6	年 組		(和暦) 年 月 日	除去食 (鶏卵・乳、乳製品・落花生・ごま)
				継続 可 除去食は見送り
7	年 組		(和暦) 年 月 日	除去食 (鶏卵・乳、乳製品・落花生・ごま)
				継続 可 除去食は見送り
8	年 組		(和暦) 年 月 日	除去食 (鶏卵・乳、乳製品・落花生・ごま)
				継続 可 除去食は見送り
9	年 組		(和暦) 年 月 日	除去食 (鶏卵・乳、乳製品・落花生・ごま)
				継続 可 除去食は見送り
10	年 組		(和暦) 年 月 日	除去食 (鶏卵・乳、乳製品・落花生・ごま)
				継続 可 除去食は見送り
11	年 組		(和暦) 年 月 日	除去食 (鶏卵・乳、乳製品・落花生・ごま)
				継続 可 除去食は見送り
12	年 組		(和暦) 年 月 日	除去食 (鶏卵・乳、乳製品・落花生・ごま)
				継続 可 除去食は見送り
13	年 組		(和暦) 年 月 日	除去食 (鶏卵・乳、乳製品・落花生・ごま)
				継続 可 除去食は見送り
14	年 組		(和暦) 年 月 日	除去食 (鶏卵・乳、乳製品・落花生・ごま)
				継続 可 除去食は見送り
15	年 組		(和暦) 年 月 日	除去食 (鶏卵・乳、乳製品・落花生・ごま)
				継続 可 除去食は見送り

年 月 日

上記のとおり学校給食食物アレルギー対応食判定委員会にて判定いたしました。

## 食物アレルギー対応食決定通知書

(和暦) 年 月 日

学校

(保護者名)

様

土岐市教育委員会 印

## 食物アレルギー対応の決定について

標記の件について検討した結果、下記のとおり決定しましたのでお知らせします。

## 記

児童生徒氏名	学校	学校	学級	年 組
対応期間	(和暦) 年 月 日から (和暦) 年 月 日まで			
対応内容	対応アレルギー		対応方法について	
除去食を提供します	例) 鶏卵		給食センターで対応できない場合は、自分で除去または、一部弁当持参となる場合があります	
除去食の提供は見送らせていただきます	例) 乳		自分で除去または、弁当持参をお願いします	

《食物アレルギー対応食判定委員会からの連絡事項》



(学校給食センター → 学校 → 保護者 → 学校 → 学校給食センター → 学校 → 保護者)

## 献立対応予定表兼承諾書

学校給食センター所長 様

年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_

児童生徒名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 学校 年 組

月分 アレルギー対応食は、献立対応予定表のとおり承諾します。

## 《記入要綱》

この用紙は\_\_\_\_月分の献立対応予定表です。下記の要領でご記入のうえ、期限までに学校へ提出していただきますようお願いします。

○この表と今月の献立の使用材料及び、今月の学校給食加工品原材料の明細書、また、半期ごとの学校給食加工品原材料の明細書をご確認の上、記入してください。

○保護者の確認欄には、その対応を受ける場合は○印を、受けない場合は×を記入してください。×の場合はどのような対応をされるか(自分で除去する、代替を持参、他の児童生徒と同じ給食を食べるなど)を記入してください。

○【自分で除去する】の場合は本人との十分な確認をお願いします。

○この書類に記入されましたら、署名し、 月 日 ( ) までに学校に提出をしてください。

給食センター 受付日 年 月 日

養護教諭	学校給食センター 所長	栄養士

問い合わせ先 : 土岐市学校給食センター ( )

電 話 : 0572-54-6195

年 組 名前

アレルギー

《 年 月分 献立対応予定表 》

土岐市学校給食センター

(単位:グラム)

日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
献立 及び 材料 (3・4年)										
1品 2品										

日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
献立 及び 材料 (3・4年)										
1品 2品										

※記入方法

対応食を食べる場合は□の中に○を書いてください。

対応食を食わない場合は□の中に×を書いていただき、( )に①～③の理由も記入してください。

- ①自分で除去する ②代替えを持参する ③他の児童生徒と同じ給食を食べる

1品に2ヶ以上アレルギーが入っている場合

上段: 1品目(上の料理)

下段: 2品目(下の料理)

アレルギー対応食手配表

曜日

年 月 日

献立名

担当者

食 アレルゲン

一人分量

(g) 倍率 切り方

作り方

--

味・温度確認・保存食



配食

一人分量( )g

年 月 日 曜日 学校別食物アレルギー対応者一覧表 <<学校給食センター用>>

学校

栄養士	コンテナ納品者	コンテナ納品者

✓	学 級	氏 名	含まれるアレルギー	基本献立	色	対応内容	✓
	年 組						
	年 組						
	年 組						
	年 組						
	年 組						
	年 組						
	年 組						
	年 組						
	年 組						
	年 組						
	年 組						

年 月 日 曜日 学校別食物アレルギー対応者一覧表 <<学校用>>

学校 受取り職員	職員室 受取り職員

学校

受渡し職員：児童生徒へ対応食を渡した職員

児童生徒：本人

学 級	氏 名	含まれるアレルギー	基本献立	色	対応内容	受渡し職員	児童生徒
年 組							
年 組							
年 組							
年 組							
年 組							
年 組							
年 組							
年 組							
年 組							
年 組							
年 組							



## 食物アレルギー対応食中止届出書

提出日（和暦） 年 月 日

土岐市教育委員会 へ

保護者氏名 \_\_\_\_\_

食物アレルギー対応の中止について、下記の必要書類を添えて届出します。

ふりがな 児童生徒氏名			
学 校	学 校	学 級	年 組

○添付書類 □「学校生活管理指導表（様式2）」

1. 希望する対応について記入してください。

## □ 対応食の中止

全面中止 ・ 一部中止 ※いずれか1つを○で囲んでください。

（毎月5日までに届出があったものについて、翌月から変更します。）

## □ 飲用牛乳をお茶へ変更の中止

（毎月5日までに届出があったものについて、翌月から変更します。）

2. 対応食《一部中止》を希望した方のみ記入してください。

	今までの対応	今後の対応
対応アレルギー	例) 鶏卵・ごま	例) ごま

3. 食物アレルギー症状の変化等                      ア なし                      イ あり

※いずれか1つを○で囲んでください。

4. 中止する理由を記入してください。

例) 鶏卵が食べられるようになったため
---------------------

※学校給食センターは学校へ複写を送る