

面談票（保護者用）

記入日：令和 年 月 日

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

緊急対応

緊急連絡先 第1	氏名 (続柄)	電話番号
緊急連絡先 第2	氏名 (続柄)	電話番号
緊急連絡先 第3	氏名 (続柄)	電話番号
緊急搬送先	医療機関名	電話番号
発症時の対応	緊急搬送・服薬・保護者に連絡等	

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	過熱による可食
(例) 鶏卵	(例) じんましんが出る	(例) 揚げ物のつなぎ程度	(例) 生卵は不可 半熟卵も不可 ゆで卵は可

質問2 かかりつけ医療機関、主治医等について教えてください。

- ・かかりつけ医療機関名 []
- ・主治医氏名 []
- ・最終受診日 [年 月]

質問3 家庭で、原因食品の除去、経口免疫療法(減感作療法)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 () 経口免疫療法 [食品名]

質問4 アナフィラキシー症状の経験はありますか。

- () ある [回数 回] [いつ、食品名]
- [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 現在食物アレルギー疾患の治療に使用している予防薬・緊急薬について教えてください。

予防薬	薬名 () 学校に携帯希望 (する ・ しない) 使用する症状 () 管理・投与方法 ()
緊急時に使用する薬 (エピペン以外)	薬名 () 学校に携帯希望 (する ・ しない) 使用する症状 () 管理・投与方法 ()
エピペン®	処方の有無 (あり 本・なし) 使用の有無 (あり 年 月最終使用・なし) 学校に携帯希望 (する ・ しない) 管理方法 ()

質問7 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(保管方法記載)〕
- () 除去食を希望する・・・・・・〔除去する食品〕
- () その他・・・・・・〔 〕
- () 希望しない・・・・・・〔理由〕

質問8 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

(イ) 運動(体育・部活動)

(ウ) 遠足・校外学習・宿泊を伴う校外活動

(エ) 他の児童生徒に対する指導

(オ) 他の保護者に対する説明

(カ) 医療機関・消防機関・教職員との情報共有

() 事前に情報共有してもよい () 事前に情報共有しない

(キ) その他

面談チェックリスト（教職員記入用）

学校	年 組	氏名	記入者	
項目及び確認内容			✓	
学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）	食物アレルギー	あり・なしが記載されているか。 【ありの場合】病型・治療A食物アレルギー病型に記載があるか。面談票で「具体的な症状」を確認する。		
	アナフィラキシー	あり・なしが記載されているか。 【ありの場合】病型・治療Bアナフィラキシー病型に記載があるか。面談票で「具体的な症状」を確認する。		
	病型・治療	C原因食物・診断根拠	① 原因食物に○があるか。 【ありの場合】面談票「緊急対応」緊急連絡先・搬送医療機関等確認	
			② 食品群に具体的な食品名の記載があるか。	
			③ 診断根拠が書いてあるか。 既往のみが根拠の場合で、鶏卵、牛乳、小麦、大豆については、年齢により耐性化することがあるので、2年以上経過している場合は負荷試験を勧める。	
			④ 診断根拠となった既往・検査の年月を確認する。 既往や検査から年月が大きく経過している場合は再検査等を勧める。※除去が一部解除となり、少量でも摂取を開始している食物については血液検査は不要。	
			⑤ 経口免疫療法（減感作療法）を行っているか確認する。 行っている場合は、現在の摂取量、摂取時間を確認する。 摂取時間が朝の場合は、学校で発症する場合がありますので、注意を促す。※原則として、経口免疫療法や医師からの指示がない食事療法への対応はできないことを説明する。	
			⑥ 原因食物でなくなった食物については、耐性化の確認を行う。※必要に応じ、「高浜町学校給食アレルギー対応食提供事業事業変更（対応解除）願」（様式第8号）の提出を依頼する。	
		D 緊急時に備えた処方薬 【ありの場合】面談票「予防薬・緊急薬」「エピペン®の保管」の確認を行う。		
	学校生活上の留意点		A～D「2. 保護者と相談し決定」に○が付いている場合は、取組プランの「学校における配慮」に具体的内容を記入する。	
		E その他の配慮・管理事項 ① 分量による部分解除は行わないことを説明		
		② 調味料等の使用範囲の確認（医師の記載がない場合）		
		③ コンタミネーション（微量混入）の確認（医師の記載がない場合）		
不備がある場合は、医師に追記してもらうよう依頼する				
同意書の「1 同意する」に○及び署名があるか確認する。 必ず、同意を依頼する。				

飲食における対応について	給食での対応についての説明	
	① 給食室の現状を説明	
	② 原則、完全除去を基本とすることを説明	
	③ 1つの料理で1つの除去食となり、原因食物以外も除去して作る場合がある旨を説明	
	④ 家庭から弁当持参をお願いする場合があることを説明	
	⑤ おかわりについての説明	
	⑥ 初めて食べる食品が給食で使用される場合は、事前に家庭で喫食することを確認	
	⑦ 食器の共用についての確認	
	⑧ 給食費について	
	⑨ 除去が不要になった場合は除去「高浜町学校給食アレルギー対応食提供事業事業変更（対応解除）願」（様式第8号）の提出を依頼	
	⑩ 詳細献立表の確認について依頼	
⑪ 登校前に、アレルギー対応について児童生徒と内容を確認するよう依頼		

2. アナフィラキシー病型（アナフィラキシー既往有りの場合のみ記入）

該当欄に○	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			

3. 学校給食における決定事項（対応する食品を記入する。人員や設備の充実度、作業ゾーンなどの状況に応じて対応を検討すること。）

原因食物	対応内容（除去・代替・一部弁当内容など）

4. 学校生活における留意事項

活動内容等	チェック項目	具体的な配慮と対応
食物・食材を扱う 授業・活動	微量の摂取・接触による 発症防止について	
運 動 (体育・部活動)	運動誘発アナフィラキシー・食物依存性運動誘発 アナフィラキシー	
宿泊を伴う活動	事前に確認すること 持参薬について	
持 参 薬 (緊急時も含む)	保管場所・管理方法	
エピペンの保管		

様式第5号（第5条第3項関係）

高浜町学校給食アレルギー対応食提供事業実施申請書
（新規・継続）

年 月 日

高浜町教育委員会 教育長 様

保護者署名 _____

下記のとおり高浜町学校給食アレルギー対応食提供事業の実施を申請します。

記

学校名	学校 年 組	性別	男 ・ 女
(ふりがな) 児童・生徒 氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)

対応内容については別添「食物アレルギー個別取組プラン」のとおりとします。

学 校 記 入 欄
上記内容につきましては適当であると判断しましたので、学校給食における食物アレルギー対応の実施を申請します。 高浜町教育委員会教育長 様 年 月 日 高浜町立 学校 校長

高浜町学校給食アレルギー対応食実施決定通知書

年 月 日

保護者 様

高浜町教育委員会
教育長

先に申請のあった高浜町学校給食アレルギー対応食提供事業の実施について、下記のとおり決定したので通知します。

記

実施対象 児童又は生徒	学校名	学校	年	組
	氏名			
事業実施期間	年 月 日 ～ 年 月 日 【注意】進学、転校等の場合はその日をもって対応を終了します。			
原因食物				

対応内容については別添「食物アレルギー個別取組プラン」のとおりとします。

年 月 日

学年 組
児童生徒名
保護者 様

高浜町学校給食センター
所長

食物アレルギーに関する対応の同意書

お子さんの食物アレルギーに関する対応について、別紙のように計画しました。
内容についてご確認の上、署名して、(月 日)までに、本紙を学校へご提出
ください。

別紙の献立材料表については、ご自宅にて保管ください。

学校での対応について同意します。

年 月 日

保護者署名 _____

※気がかりな点などございましたら、記入をお願いします。

様式第8号（第8条関係）

学 校					給食センター	
学校長	教頭	保健主事	給食主任	学級担任	所長	栄養教諭

高浜町学校給食アレルギー対応食提供事業変更（対応解除）願

年 月 日

高浜町教育委員会 様
（学校長 経由）

保護者署名

次のとおり高浜町学校給食アレルギー対応食の内容について変更 提供事業の対応解除 してください。

学校名 学年・組	学校 年 組	性 別	男 ・ 女
(ふりがな) 児童・生徒 氏 名		生年月日	年 月 日
変更の場合 その内容	変更前	変更後	
対応解除 の理由			
変更・対応 解除年月日	年 月 日		
医療機関 受診日	医療機関名 受 診 日	年 月 日	

この用紙は変更又は対応解除を希望する月の1週間前までに提出してください。
なお、内容を変更する場合、提供開始が希望日より遅れることがありますので、その旨ご了承ください。

年 月 日

学年 組
児童生徒名
保護者 様

高浜町立 学校
校長

食物アレルギーに関する対応の確認について

時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

日頃は本校の教育活動にご理解とご協力を賜り、誠にありがとうございます。

さて、お子さんの食物アレルギーに関して、現在別紙のように対応しております。

次年度も食物アレルギー対応を安全かつ、円滑に行うために、お子さんの健康状態についてかかりつけの医師とご相談していただき、別紙「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」をご提出ください。

この学校生活管理指導表は医師の診断に基づくものであり、成長期のお子さんの身体の変化に応じるため、毎年提出していただきます。

また、個別取り組みプラン（様式第4号）について変更のある場合は、赤字で訂正して 月 日までに提出をお願いします。

変更なし

変更あり

年 月 日

児童生徒名 _____

保護者 署名 _____

様式第10号（第9条関係）

学校における食物アレルギー対応事故及びヒヤリハット事例報告書

年 月 日

高浜町教育委員会教育長 様

機関名
代表者

種 類	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー対応事故 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー対応ヒヤリハット事例	
発生日時	年 月 日 () 時 分頃	
発生場所		
記載者	職名	氏名
該当 児童生徒	学年 組	氏名
献立名		
事故の概要 発生の原因		
児童生徒の被 害状況		
今後の対応		
備 考		

