

様式集

～各章の中に出てきた様式・様式例をまとめています～



学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)

大分県版

食物アレルギー(あり・なし)		アナフィラキシー(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		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・診断根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ()内に診断根拠を記載 1. 鶏卵 >>> () 2. 牛乳・乳製品 >>> () 3. 小麦 >>> () 4. ソバ >>> () 5. ビーナッツ >>> () 6. 種実類・木の实類 >>> () 7. 甲殻類(エビ・カニ) >>> () 8. 果物類 >>> () 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薬 1. 内服薬:抗ヒスタミン薬 (商品名) 2. 内服薬:ステロイド薬 (商品名) 3. 内服薬:気管支拡張薬 (商品名) 4. 吸引薬:気管支拡張薬 (商品名) 5. アドレナリン自己注射薬 (商品名) 6. その他 (商品名)	
E. その他の配慮・管理事項(自由記載) 「大分県版学校・幼稚園・こども園・保育所に就く」における食物アレルギー対応の手引きに準じた対応をさせていただきます。手引きがない場合は大分県医師会のWebSiteの「学校保健のページ」からダウンロードして下さい。特に緊急時対応などは参事になると思います。そして毎年度、原本を保護者に返却して、医療機関に持参してもらってください。変更がない場合は以下に確認のサインを行い、変更があれば新たに書き直します。		記載日 令和 年 月 日 医師名 _____ 医療機関名 _____ TEL _____	
A. 給食 1. 管理不要 2. 管理必要		B. 食物・食料を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要	
C. 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要		D. 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要	
緊急時連絡先: _____ 電話: _____ 連絡医療機関: _____ 電話: _____			
病型・治療		学校生活上の留意点	
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年()組、2年()組、3年()組、4年()組、5年()組、6年()組	
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)		初回提出日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
診断根拠(該当するものを全てを()内に記載) ① 明らかかな症状の既往 ② 食物負荷試験陽性 ③ IgE抗体等検査結果陽性 ④ 食べたことがない		医師名 _____ 捺印 _____	
緊急時に備えた処方薬 1. 内服薬:抗ヒスタミン薬 (商品名) 2. 内服薬:ステロイド薬 (商品名) 3. 内服薬:気管支拡張薬 (商品名) 4. 吸引薬:気管支拡張薬 (商品名) 5. アドレナリン自己注射薬 (商品名) 6. その他 (商品名)		確認日 _____ 年 月 日 医師名 _____ 捺印 _____	
食物アレルギー(あり・なし)		アナフィラキシー(あり・なし)	
食物アレルギー(あり・なし)		アナフィラキシー(あり・なし)	

●学校における日常の取り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全教職員及び関係機関等で共有することに同意しますか。

- 同意する
- 同意しない

保護者署名: _____

園児生活管理指導表(アレルギー疾患用)

大分県版

病型・治療		学校生活上の留意点	
<p>食物アレルギー(アレルギーありの場合のみ記載)</p> <p>1. 即時型</p> <p>2. 口腔アレルギー症候群</p> <p>3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー</p> <p>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)</p> <p>1. 食物(原因)</p> <p>2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー</p> <p>3. 運動誘発アナフィラキシー</p> <p>4. 昆虫</p> <p>5. 医薬品</p> <p>6. その他 (_____)</p> <p>C. 原因食物・診断根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に診断根拠を記載</p> <p>1. 鶏卵 《 _____ 》 [診断根拠]該当するものを《 》に記載</p> <p>2. 牛乳・乳製品 《 _____ 》 ①明らかな症状の既往</p> <p>3. 小麦 《 _____ 》 ②食物負荷試験陽性</p> <p>4. ソバ 《 _____ 》 ③IgE抗体等検査結果陽性</p> <p>5. ピーナッツ 《 _____ 》 ④食べたことがない</p> <p>6. 種実類・木の実類 《 _____ 》</p> <p>7. 甲殻類(エビ・カニ) 《 _____ 》</p> <p>8. 果物類 《 _____ 》</p> <p>9. 魚類 《 _____ 》</p> <p>10. 肉類 《 _____ 》</p> <p>11. その他1 《 _____ 》</p> <p>12. その他2 《 _____ 》</p> <p>D. 緊急時に備えた処方薬</p> <p>1. 内服薬:抗ヒスタミン薬 (商品名 _____)</p> <p>2. 内服薬:ステロイド薬 (商品名 _____)</p> <p>3. 内服薬:気管支拡張薬 (商品名 _____)</p> <p>4. 吸入薬:気管支拡張薬 (商品名 _____)</p> <p>5. アドレナリン自己注射薬 (商品名 _____)</p> <p>6. その他 (商品名 _____)</p>	<p>A. 給食</p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 管理必要</p> <p>B. 食物・食材を扱う授業・活動</p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 管理必要</p> <p>C. 運動(体育・部活動等)</p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 管理必要</p> <p>D. 宿泊を伴う校外活動</p> <p>1. 管理不要</p> <p>2. 管理必要</p> <p>E. その他の配慮・管理事項(自由記載)</p> <p>「大分県版学校・幼稚園・こども園・保育所に於ける食物アレルギー対応の手引き」に従った対応をしてください。手引きがない場合は大分県医師会のWebSiteの学校保健のページからダウンロードして下さい。特に緊急時対応などは参考になると思います。そして毎年度、原本を保護者に返却して、医療機関に持参してもらってください。変更がない場合は以下に確認のサインを行い、変更があれば新たに書き直します。</p>	<p>★保護者 電話: _____</p> <p>★連絡医療機関 医療機関名: _____</p> <p>電話: _____</p> <p>【緊急時連絡先】</p>	<p>記載日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>医師名 _____ (印)</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>TEL _____</p>
<p>食物アレルギー(あり・なし) アナフィラキシー(あり・なし)</p>		<p>確認日</p> <p>年 _____ 月 _____ 日</p>	<p>医師名</p> <p>捺印</p>

アナフィラキシー時は緊急時連絡医療機関への連絡よりも、エピペン®投与や救急要請を優先してください。

●園における日常の取り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全教職員及び関係機関等で共有することに同意しますか。

1. 同意する
2. 同意しない

保護者署名: _____

年 月 日

保 護 者 様

〇〇〇〇 学校長

「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）大分県版」等の提出について（依頼）

（ ）の候、保護者の皆様には益々ご健勝のことと存じます。

平素より、学校の教育活動にご理解とご協力をいただき、心より感謝申し上げます。

本校では、食物アレルギーのある児童生徒の学校生活をより安心して安全なものとするため、食物アレルギーについて詳しい情報を把握し、適切に対応するよう努めているところです。

つきましては、学校での食物アレルギーに係る配慮や健康管理が必要な場合は、別添「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）大分県版」を主治医に記入していただき、学校に提出くださいますようお願いいたします。

記

1 医療機関（主治医）の受診

① 主治医宛ての文書等を持って医療機関（主治医）を受診してください。

＜持参するもの＞

- ・主治医宛ての依頼文書
- ・「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）大分県版」
- ・「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）大分県版」記入の手引き（様式3）

* 学校生活管理指導表の記入については、文書料が生じる場合がありますのでご了承ください。

2 必要書類の提出

- ・「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）大分県版」
 - ・食物アレルギー調査票兼面談書（様式1 2）
 - ・家庭における原因食物の除去の程度（様式1 3-1 か1 3-2 いずれか）
- } 保護者記入
- * 入学説明会の受付で提出してください。

3 その他

- ・「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）大分県版」を基に、保護者と学校が、お子さんの学校生活において必要な配慮や管理について相談します。
- ・個人情報の取扱いに留意し、緊急時には全ての教職員が確認できるよう、情報を共有し管理します。
- ・ご不明の点がございましたら、担当者まで相談ください。

〇〇〇〇学校
担当者 〇〇〇〇
電話

年 月 日

主 治 医 様

〇〇〇〇 学校長

「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）大分県版」の記入について（依頼）

（ ）の候、益々ご健勝のことと存じます。

平素より、学校教育にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

本校では、食物アレルギーのある児童生徒の学校生活をより安心して安全なものとするため、食物アレルギーについて詳しい情報を把握し、適切に対応するよう努めているところです。

つきましては、主治医の先生方の診断に基づき、学校での食物アレルギーに係る具体的な取組やより適切な健康管理、対応方法を検討したいと考えておりますので、別添「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）大分県版」にご記入くださいますようお願いいたします。

なお、記入に際しましては別紙『「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）大分県版」記入の手引き』をご参照ください。

*学校生活管理指導表は、年度毎に確認の必要があります。学校から児童生徒に返却して、医療機関に持参していただきます。その際に、変更があれば新規に記載してください。変更がなければ、枠外の表に確認した日付と記名、捺印をお願いします。

《記入の手引き①》

裏面に続く

③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)

問診に基づいて、以下のいずれかに合致すれば、○を付けてください(複数可)。

分からない場合は、記載しなくても構いません。

1. 即時型：食後60分以内にじんましん、咳嗽、喘鳴、腹痛、嘔吐、顔面浮腫等が生じるもの
2. 口腔アレルギー症候群：口に入れることにより、口の違和感や痒みが生じるもの
3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー：食べただけでは症状は誘発されず、食後1～2時間以内の運動によってアナフィラキシー症状が誘発されるもの

④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)

問診に基づいて、以下のいずれかに合致すれば、○を付けてください(複数可)。

1. 食物：該当するものがあれば○を付けて、食品を記載してください。
2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー：食べただけでは症状は誘発されず、食後1～2時間以内の運動によってアナフィラキシー症状が誘発されるものがあれば、○を付けてください。

名前	アレルギー病型(食物アレルギーありの場合のみ記載)	即時・遅延	診断根拠	発症日	令和	年	月	日
食物アレルギー(あり・なし)	1. アレルギー症候群 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3. 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)	3	①明らかなき症状の既往 ②食物負荷試験陽性 ③IgE抗体等検査結果陽性 ④食べたことがない					
アナフィラキシー(あり・なし)	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	4	①明らかなき症状の既往 ②食物負荷試験陽性 ③IgE抗体等検査結果陽性 ④食べたことがない					
	C. 原因食物・診断根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ()内に診断根拠を記入してください	5	①明らかなき症状の既往 ②食物負荷試験陽性 ③IgE抗体等検査結果陽性 ④食べたことがない					

①明らかなき症状の既往
②食物負荷試験陽性
③IgE抗体等検査結果陽性
④食べたことがない

⑤原因食物・診断根拠

問診に基づいて、現在食べていない食品があれば○を付けてください。

次に、以下の①～③を記載してください(複数可)。

また、①～③のどれに合致するか分からない場合は記載しなくても構いません。

① 明らかなき症状の既往

最後に摂取した時に(それが何年前でも構いません)、じんましん、咳嗽、喘鳴、腹痛、嘔吐、顔面浮腫、呼吸困難、活気低下、意識低下を来したものがあれば、①と記載してください。

② 食物負荷試験陽性

食物負荷試験をしたことがあれば、最後に実施した時に(それが何年前でも構いません)、じんましん、咳嗽、喘鳴、腹痛、嘔吐、顔面浮腫、呼吸困難、活気低下、意識低下を来したものがあれば、②と記載してください。

③ IgE抗体等検査結果陽性

採血やプリックテストなどをしたことがあれば、③と記載してください。

④ 食べたことがない

食べたことがないため、どんな症状がでるか分からないものがあれば、④と記載してください。

① 食物アレルギーあり・なし

問診に基づいて 現在 除去している食品があれば ○を付けてください。

② アナフィラキシーあり・なし

問診に基づいて 過去に特定の食物を食べた後にじんましんだけでなく顔面浮腫 呼吸困難 活気低下 意識低下等の症状があった既往があれば○を付けてください。

《記入の手引き②》

⑦ 学校生活上の留意点

給食、食物・食材を扱う授業・活動、運動(体育・部活動等)、宿泊を伴う校外活動の項目について、「管理不要」、「配慮不要」と言い切れない場合は、「保護者と相談し決定」、「食事やイベントの際に配慮が必要」に○を付けてください。

学校生活管理指導表(アレルギー疾患用) 大分県版

名前 _____ 性別 _____ 学年 _____ 学校 _____ 知照提出日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 組 _____

7 学校生活上の留意点 (知照提出日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 組 _____)

8 緊急時連絡先 (知照提出日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 組 _____)

9 記載日 (知照提出日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 組 _____)

6 医師名 (知照提出日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 組 _____)

TEL _____

捺印 _____

保護者署名: _____

1. 同意する
2. 同意しない

●学校における日常の取り扱い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全教職員及び保護者等に共有することとなります。

⑧ 緊急時連絡先

学校等の活動(日勤のみを想定していただいている)でアレルギー症状が誘発された場合の緊急時連絡先を記載してください。

高次医療機関での対応が必要と判断された場合は、あらかじめ連携をお願いします。

なお、アナフィラキシー時は、緊急時連絡医療機関への連絡より、エピペンR投与や救急車を優先することになっていきます。

⑨ 記載日、医師名、医療機関名

それぞれ記載ください。

大分県版の記載であれば、文書料を免除するなどのご配慮をお願いします。ただし、その他の書式(学校、幼稚園、調理業者が独自に作成したフォーマットや、詳細に記載している診断書等)は、その限りではありません。

⑥ 緊急時に備えた処方薬
内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬、気管支拡張薬)やアドレナリン自己注射薬(エピペン®)など、合致するものがある場合は、記載しなくても構いません。

(※) 学校生活管理指導表は、年度毎に確認の必要があります。その際に、変更があれば新規に学校から児童生徒に返却して、医療機関に持参していただきます。その際に、変更があれば新規に記載してください。変更がなければ、枠外の表に確認した日付と記名、捺印をお願いします。

年 月 日

保 護 者 様

〇〇〇〇 学校長

「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）大分県版」の更新について（依頼）

（ ）の候、保護者の皆様には益々ご健勝のことと存じます。

平素より、学校の教育活動にご理解とご協力をいただき、心より感謝申し上げます。

本校では、食物アレルギーのある児童生徒の学校生活をより安心して安全なものとするため、食物アレルギーについて詳しい情報を把握し、適切に対応するよう努めているところです。

つきましては、今年度記入いただいた別添「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）大分県版」を主治医に確認していただき、変更がない場合は日付と署名、捺印を記入、また、変更がある場合は新規に記入していただき、学校に提出くださいますようお願いいたします。

記

1 医療機関（主治医）の受診

① 主治医宛ての文書等を持って医療機関（主治医）を受診してください。

<持参するもの>

- ・主治医宛ての依頼文書
- ・今年度の「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）大分県版」
- ・新規の「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）大分県版」
- ・「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）大分県版」記入の手引き（様式3）

* 学校生活管理指導表の記入については、文書料が生じる場合がありますのでご了承ください。

2 「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）大分県版」の提出

学級担任または担当者へ提出してください。

3 その他

- ・「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）大分県版」を基に、保護者と学校が、お子さんの学校生活において必要な配慮や管理について相談します。
- ・個人情報の取扱いに留意し、緊急時には全ての教職員が確認できるよう、情報を共有し管理します。
- ・ご不明の点がございましたら、担当者まで相談ください。

〇〇〇〇学校
担当者 〇〇〇〇
電話

年 月 日

保 護 者 様

〇〇〇〇 園長

「園児生活管理指導表（アレルギー疾患用）大分県版」の提出について（依頼）

（ ）の候、保護者の皆様には益々ご健勝のことと存じます。

平素より、園の教育活動にご理解とご協力をいただき、心より感謝申し上げます。

本園では、食物アレルギーのある児童生徒の学校生活をより安心して安全なものとするため、食物アレルギーについて詳しい情報を把握し、適切に対応するよう努めているところです。

つきましては、園での食物アレルギーに係る配慮や健康管理が必要な場合は、別添「園児生活管理指導表（アレルギー疾患用）大分県版」を主治医に記入していただき、園に提出くださいますようお願いいたします。

記

1 医療機関（主治医）の受診

① 主治医宛ての文書等を持って医療機関（主治医）を受診してください。

<持参するもの>

- ・主治医宛ての依頼文書
- ・「園児生活管理指導表（アレルギー疾患用）大分県版」
- ・「園児生活管理指導表（アレルギー疾患用）大分県版」記入の手引き（様式 7）

* 園児生活管理指導表の記入については、文書料が生じる場合がありますのでご了承ください。

2 「園児生活管理指導表（アレルギー疾患用）大分県版」の提出

園へ提出してください。

3 その他

- ・ 「園児生活管理指導表（アレルギー疾患用）大分県版」を基に、保護者と園が、お子さんの園での生活において必要な配慮や管理について相談します。
- ・ 必要に応じて「保護者記入用家庭における原因食物の除去の程度」（様式 13-1 もしくは 13-2 のいずれか）を保護者に記入してもらってください。
- ・ 個人情報の取扱いに留意し、緊急時には全ての職員が確認できるよう、情報を共有し管理します。
- ・ ご不明の点がございましたら、担当者まで相談ください。

〇〇〇〇園
担当者 〇〇〇〇
電話

年 月 日

主治医様

〇〇〇〇 園長

「園児生活管理指導表（アレルギー疾患用）大分県版」の記入について（依頼）

（ ）の候、益々ご健勝のことと存じます。

平素より、園の教育活動にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

本園では、食物アレルギーのある園児の生活をより安心して安全なものとするため、食物アレルギーについて詳しい情報を把握し、適切に対応するよう努めているところです。

つきましては、主治医の先生方の診断に基づき、園での食物アレルギーに係る具体的な取組やより適切な健康管理、対応方法を検討したいと考えておりますので、別添「園児生活管理指導表（アレルギー疾患用）大分県版」にご記入くださいますようお願いいたします。

なお、記入に際しましては別紙『「園児生活管理指導表(アレルギー疾患用)大分県版」記入の手引き』をご参照ください。

*園児生活管理指導表は、年度毎に確認の必要があります。園から保護者に返却して、医療機関に持参していただきます。その際に、変更があれば新規に記載してください。変更がなければ、枠外の表に確認した日付と記名、捺印をお願いします。

年 月 日

保 護 者 様

〇〇〇〇 園長

「園児生活管理指導表（アレルギー疾患用）大分県版」の更新について（依頼）

（ ）の候、保護者の皆様には益々ご健勝のことと存じます。

平素より、園の教育活動にご理解とご協力をいただき、心より感謝申し上げます。

本園では、食物アレルギーのある園児の生活をより安心して安全なものとするため、食物アレルギーについて詳しい情報を把握し、適切に対応するよう努めているところです。

つきましては、今年度記入いただいた別添「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）大分県版」を主治医に確認していただき、変更がない場合は日付と署名、捺印を記入、また、変更がある場合は新規に記入していただき、園に提出くださいますようお願いいたします。

記

1 医療機関（主治医）の受診

① 主治医宛ての文書等を持って医療機関（主治医）を受診してください。

<持参するもの>

- ・主治医宛ての依頼文書
- ・今年度の「園児生活管理指導表（アレルギー疾患用）大分県版」
- ・新規の「園児生活管理指導表（アレルギー疾患用）大分県版」
- ・「園児生活管理指導表（アレルギー疾患用）大分県版」記入の手引き（様式7）

* 園児生活管理指導表の記入については、文書料が生じる場合がありますのでご了承ください。

2 「園児生活管理指導表（アレルギー疾患用）大分県版」の提出

園へ提出してください。

3 その他

- ・「園児生活管理指導表（アレルギー疾患用）大分県版」を基に、保護者と園が、お子さんの園での生活において必要な配慮や管理について相談します。
- ・個人情報の取扱に留意し、緊急時には全ての職員が確認できるよう、情報を共有し管理します。
- ・ご不明の点がございましたら、担当者まで相談ください。

〇〇〇〇園
担当者 〇〇〇〇
電話

事件・事故の概要及び対応報告書 第 号 (所属名)

①報告日時		平成 年 月 日 時 分					
②県立学校その他教育機関の連絡窓口責任者 (TEL)	正	所属		職		氏名	
		(所属)		(自宅)		(携帯)	
	副	所属		職		氏名	
		(所属)		(自宅)		(携帯)	
事件・事故の概要	③事件・事故等の種別 (不審者目撃等)						
	④発生日時		平成 年 月 日 時 分				
	⑤発生場所						
	⑥関係児童・生徒 (その他教育機関においては記載不要)		児童・生徒等の学年・氏名				
	⑦経緯・概要 ・情報源 ・何が起きているか ・被害者の状況 ・被害拡大の可能性 ・その他						
⑧学校その他の教育機関における初動対応の内容 ・児童生徒等の安全確保 ・所属内体制 ・関係機関(警察等)との連携 ・報道対応等							

(必要に応じて別紙作成)

事件・事故の概要及び対応報告書 第 号 () 教育委員会 () 課

①報告日時		平成 年 月 日 時 分					
②市町村教育委員会の連絡窓口責任者 (TEL)	正	所属		職		氏名	
		(所属)		(自宅)		(携帯)	
	副	所属		職		氏名	
		(所属)		(自宅)		(携帯)	
事件・事故の概要	③事件・事故等の種別 (不審者目撃等)						
	④発生日時		平成 年 月 日 時 分				
	⑤発生場所						
	⑥関係幼稚園・学校 幼児・児童・生徒 (その他教育機関においては記載不要)		学校名		TEL		
			幼児・児童・生徒の学年・氏名				
⑦経緯・概要 ・情報源 ・何が起きているか ・被害者の状況 ・被害拡大の可能性 ・その他							
⑧幼稚園・学校その他教育機関における初動対応の内容 ・児童生徒等の安全確保 ・所属内体制 ・関係機関(警察等)との連携 ・報道対応等							
⑨市町村教育委員会における初動対応の内容 ・庁内体制 ・具体的対応策 ・関係機関(警察等)との連携 ・報道対応等							
⑩教育事務所連絡窓口責任者 (TEL)	正	所属		職		氏名	
		(所属)		(自宅)		(携帯)	
	副	所属		職		氏名	
		(所属)		(自宅)		(携帯)	

(※⑩は、教育事務所が記入)

(必要に応じて別紙作成)

〇〇年〇〇月〇〇日

保護者 様

〇〇市立〇〇〇〇学校
校長

食物アレルギーに関する個人面談について

向春の候、いかがお過ごしでしょうか。先日は、入学説明会にお越しいただきありがとうございました。

お子さんが、安心・安全に楽しく学校給食を食べられるように、面談にてより詳しく現状を把握したいと考えております。面談の予定日を記入しておりますのでご都合の良い日を担当者まで電話にてご連絡ください。

なお、面談の際は、同封の書類に記入の上ご持参ください。
よろしく願いいたします。

< 日 程 >

① _____ 月 _____ 日 () _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分まで

② _____ 月 _____ 日 () _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分まで

< 場 所 >

- ※ 面談時間は、15分間ほどを予定しております。
- ※ 恐れ入りますが、〇月〇日 () までに担当者まで電話連絡をお願いします。
- ※ 2日ともに都合が悪い場合は、担当者にご相談ください。

〇〇市立〇〇〇〇学校
電話 〇〇〇—〇〇〇〇
担当 養護教諭 〇〇

食物アレルギー調査票兼面談書

記入日 年 月 日

保護者が記入し「学校生活管理指導表（アレルギー用）」と「保護者記入用家庭における原因食物の除去の程度」と一緒に学校へ提出してください。

年 組 番	ふりがな 氏名	(生年月日 年 月 日)	(男・女)
保護者名	(続柄)	住所	電話番号 () -

緊急連絡先

優先順位	氏名	続柄	電話番号	特記事項
1			自宅・職場・携帯	
2			自宅・職場・携帯	
3			自宅・職場・携帯	

病院・主治医

医療機関名・診療科名	主治医名
住所	電話番号

1 アナフィラキシー発症状況（管理指導表に「アナフィラキシー」ありの場合記入してください）

*アナフィラキシーとは、以下の症状が複数同時にかつ急激に強く出現した状態をいいます。

じんましん等の皮膚症状、腹痛や嘔吐などの消化器症状、咳・ゼーゼー・呼吸困難などの呼吸器症状

年齢	原因食品	症状（直近のものから記入）	ショック
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無

2 家庭における対応の程度（食事・外食・おやつ・運動について注意していること等）

--

3 処方薬の内容と保管場所（管理指導表に記載されている処方薬について記入してください）

内服薬	：	()	保管場所	()
軟膏	：	()	保管場所	()
エピペン®	(有・無)	保管場所	()	

4 原因食品と摂取後の具体的な症状・対応手順等

原因食品	症状	対応手順等	最終既往年月日等
<例> 卵	全身にじんましんが出る →治まらず強くなる	<input type="checkbox"/> をすすぐ→A薬を飲む →B薬を塗る	○年○月（○歳）

5 学校生活上の留意点

A 給食 食物アレルギー対応	<input type="checkbox"/>	希望する	<input type="checkbox"/>	希望しない
毎月の献立確認について	<input type="checkbox"/>	面談を希望	<input type="checkbox"/>	書面での対応を希望
B 食物・食材を扱う授業・活動	<input type="checkbox"/>	希望する（対応内容)	<input type="checkbox"/> 希望しない
C 運動（体育・部活動等）	<input type="checkbox"/>	希望する（対応内容)	<input type="checkbox"/> 希望しない
D 宿泊を伴う校外活動	<input type="checkbox"/>	希望する（対応内容)	<input type="checkbox"/> 希望しない
E その他の配慮・管理事項				

6 情報の共有について

- (1) 管理指導表の記載内容について学校から主治医に直接確認することがあります。
- (2) 学校における日常の取組および緊急時の対応に活用するため、面談時の内容を教職員全員及び共同調理場で共有します。
- (3) 他の児童生徒の理解と協力を得るため管理指導表等の内容を学級で説明します。

以上のとおり情報の共有について同意します。

保護者氏名

印

7 面談日時（学校記入欄）

日時	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
場所	
出席者	保護者 () ・ 校長/教頭 ・ 担任 ・ 養護教諭 ・ 栄養教諭/学校栄養職員 ・ 調理員 ・ その他 ()

保護者記入用 家庭における原因食物の除去の程度

様式 13-1

ご家庭での状況を知るための資料とさせていただきます。

- ①家庭で食べているものに○、食べていないものに×を記入し、同じ欄でも○×両方ある時は食品名に直接記入してください。
 ②飲食して症状が出たことがあるものに○、特に重い症状(呼吸困難・意識低下・嘔吐など)が出たことがあるものに◎を記入してください。

記入日 年 月 日 年 児童生徒名

料理・食品・加工品例		①	②
卵	生卵	卵かけご飯	
	加熱した卵料理	ゆで卵、卵焼き、オムレツ、目玉焼き、親子丼、メレンゲ	
	生卵に近い成分を含む	アイスクリーム、マヨネーズ、カスタードクリーム	
	加熱卵を多く含む	プリン、茶碗蒸し、卵とじ、卵スープ	
	加熱卵が副材料	ケーキ、カステラ、クッキー、ドーナツ、天ぷらやフライの衣	
	つなぎなど加熱卵を少量含む	かまぼこ、ちくわ、ハム、ソーセージ、中華麺	
	加熱卵を微量に含む	一部の食パン、天ぷら粉、一部の麺類、コンソメ	
牛乳・乳製品	牛乳・乳製品	牛乳、粉乳、練乳、スキムミルク、チーズ、ヨーグルト	
	牛乳主体の加工食品	生クリーム、アイスクリーム	
	牛乳が主材料	プリン、パバロア、クリームシチュー、ホワイトソース	
	乳製品が主材料	チーズ・ヨーグルト菓子など	
	牛乳・バターが副材料	ケーキ、菓子パン、チョコレート、ドーナツ、カステラ	
	つなぎにカゼインを含む	一部のハム、一部のソーセージ	
	牛乳を含む油脂	バター、マーガリン、一部のショートニング	
	牛乳・バターを少量含む	食パン、ビスケット、クッキー	
牛乳をごく微量に含む	乳糖		
小麦・大麦	小麦が主材料	パン、うどん、パスタ、中華麺、そば、麩、ケーキ	
	麦類を少量含む	ハンバーグ、練り製品、カレールー、天ぷらやフライの衣	
	麦類をごく微量に含む	みそ、しょうゆ、酢、麦茶	
甲殻類・魚介類	魚介類・甲殻類が主材料	すし、天ぷら、フライ、焼きもの、煮もの、蒸しもの、炒めもの	
	魚介・甲殻エキスを含む	ソースなどの調味料、スープの素、だし	
	魚卵	子持ちししゃも、たらこ	
	備考(×な魚介類・甲殻類を記入)		
大豆・他の豆類	大豆料理	大豆の煮もの、枝豆、おから	
	大豆加工品	豆乳、豆腐、厚揚げ、油揚げ、がんもどき、納豆、きな粉	
	大豆油脂	大豆油、天ぷら油、サラダ油	
	大豆油脂を含む	マーガリン、ルー	
	大豆を使用した発酵調味料	味噌、しょうゆ	
	その他の豆類	あずき、もやし、いんげん、グリーンピース	
肉類	肉が主材料	ステーキ、焼き肉、ハンバーグ、ミートボール、餃子	
	肉エキスを含む	肉・骨を利用したスープ、コンソメ、ルー	
	備考(×な肉を記入)		
種実類	ピーナツ		
	木の実類		
	ごま		
	ごま油等加工品		
その他	野菜 (食品名:)		
	果物 (食品名:)		
	そば		
	米		

直近の血液でのアレルギー検査で、スコア(クラス)5~6の食品があれば○を記入してください (年 月)検査
 卵白 卵黄 牛乳 小麦 魚 魚卵 甲殻類 大豆 ナッツ類 そば(他)

保護者記入用 家庭における原因食物の除去の程度

様式13-2

家庭での除去の状況を知るための資料とさせていただきます。

家庭で食べているものに○、食べていないものに×を記入してください。

食べていない食物がリストにない場合は、空欄にご記入ください。 (年)

記入日 年 月 日

児童氏名 (才)

卵・卵製品

食品・料理名	○	×
生卵		
かき卵汁・卵スープ		
マヨネーズ		
かまぼこ・ハム		

甲殻類 (エビ・カニ)

食品名	○	×
エビ		
カニ		
だし・エキス		
()		

牛乳・乳製品

食品・料理名	○	×
牛乳		
ヨーグルト・チーズ		
シチュー		
パン		
コンソメ		

魚介類

食品名	○	×
魚()		
ツナ・かまぼこ		
しらす干し		
だし・エキス		
ししゃも		
たらこ		
いか・たこ		

小麦

食品・料理名	○	×
パン・うどん		
みそ・しょうゆ		
()		

大豆・その他の豆類

食品名	○	×
大豆		
豆腐・油揚げ		
みそ・しょうゆ		
もやし		
()		

種実類

食品名	○	×
落花生		
ごま		
アーモンド		
カシューナッツ		
くるみ		
()		

果物

食品名	○	×	缶詰・ジャム
キウイ			
バナナ			
もも			
りんご			
パイナップル			
()			

その他

食品名	○	×
そば		
山芋		
()		

食物アレルギー個別支援プラン（案・決定）

様式 14

記入日 年 月 日
協議日 年 月 日

学年・組	氏名	性別	生年月日	保護者氏名
年 組		男・女	平成 令和 年 月 日	印

I. 原因食物（様式〇 生活管理指導表より該当するものに〇印をつける）

鶏卵	牛乳・乳製品	小麦	そば	ピーナッツ	種実類・木の実類（ ）
甲殻類（エビ・カニ）	果物類	魚類	肉類	その他1（ ）	その他2（ ）

II. 食物アレルギー病型（様式〇 生活管理指導表より該当するものに〇印をつける）

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

III. アナフィラキシー病型（様式〇 生活管理指導表より該当するものに〇印をつける）

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	原因食物	原因

		チェック項目	具体的な配慮と対応
学校での配慮	学校給食	給食の選択について ----- 除去する食品や内容について	
	食物・食材を扱う活動、授業	微量の摂取・接触による発症防止について	
	運動（体育・部活動など）	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	
	宿泊を伴う校外活動	事前に確認すること ----- 持参薬について	
	緊急時に備えての持参薬やエピペン® について エピペン®（有 無）	保管方法 ----- 保管場所	

緊急時の対応について

注意すべき症状	左記の症状の対応手順	病院・主治医
①	①	医療機関名・診療科名
②	②	主治医名
③	③	電話番号

緊急連絡先

優先順位	氏名	続柄	電話番号	特記事項
1			自宅・職場・携帯	
2			自宅・職場・携帯	
3			自宅・職場・携帯	

確認者	校長	教頭	担任	養護教諭	栄養教諭 学校栄養職員		
印							

《「食物アレルギー個別支援プラン」について》

下記参考様式「食物アレルギー個別支援プラン」を参考に、各学校の実情に合わせて作成してください。

「食物アレルギー個別支援プラン」は、個々の児童生徒に対して必要な取り組みを学校の実情に即して行うために、学校が立案し保護者と協議し決定するもので、以下の内容が含まれるものと考えられます。

- (1) アレルギー疾患のある児童生徒への取り組みに対する学校の考え方
- (2) 取り組み実践までのながれ
- (3) 緊急時の対応体制
- (4) 個人情報の管理及び教職員の役割分担
- (5) 具体的取り組み内容（個々の児童生徒で異なる内容）

上記の(1)～(4)は学校ごとに決定される内容、(5)は学校生活管理指導表に基づき個々の児童生徒ごとに作成される内容です。「食物アレルギー個別支援プラン」は各学校の実情に合わせて作成してください。

【参考様式】

学年・組		氏名	性別	生年月日	保護者氏名
年	組		男・女	年 月 日	印

様式 14

記入日 年 月 日
協議日 年 月 日

I. 原因食物（様式〇 生活管理指導表より該当するものに〇印をつける）

鶏卵	牛乳・乳製品	小麦	そば	ピーナッツ	種実類・木の実類（ ）
甲殻類（エビ・カニ）	果物類	魚類	肉類	その他1（ ）	その他2（ ）

II. 食物アレルギー病型（様式〇 生活管理指導表より該当するものに〇印をつける）

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
-----	------------	-------------------

III. アナフィラキシー病型（様式〇 生活管理指導表より該当するものに〇印をつける）

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	原因食物	原因

	チェック項目	具体的な配慮と対応
学校での配慮	学校給食	給食の選択について 除去する食品や内容について
	食物・食材を扱う活動、授業	搬量の扱取・接触による発症防止について
	運動（体育・部活動など）	運動誘発アフィラキシー 食物依存性運動誘発アナフィラキシー
	宿泊を伴う校外活動	事前に確認すること 持参薬について
緊急時に備えての持参薬やエビペン®について	保管方法 保管場所	

緊急時の対応について

注意すべき症状	左記の症状の対応手順	病院・主治医 医療機関名・診療科名
①	①	主治医名
②	②	電話番号
③	③	

緊急連絡先

優先順位	氏名	続柄	電話番号	特記事項
1				自宅・職場・携帯
2				自宅・職場・携帯
3				自宅・職場・携帯

確認者	校長	教頭	担任	養護教諭	栄養教諭	保健師	学校医	学校薬剤師
印								

②下記の対応案を作成し、「食物アレルギー対応委員会」で検討。その後保護者と面談し、共通理解した上で、保護者が押印し決定する。

①担当者が保護者面談等により、配慮事項を詳細に把握し、可能な対応案を具体的に記入する。

③通院している医療機関を記入。緊急時の搬送先は救急隊へ一任する事を保護者へ説明。

④保護者押印後、校内関係者（適宜設定）が確認。

食物アレルギー対応一覧表

様式 15

年	組	番	氏名	卵	牛乳 乳製 品	小麦	そば	ピーナッツ	種実 木の 実	甲殻類	果物	魚	肉	その他	アナフィラ キシー-症状	エピペン [®] 持参	内服薬 持参	管理指導 表提出	面談	かかりつけ医		
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						

年 月 日

〇〇市立〇〇〇〇〇〇学校長 殿

〇〇市学校給食センター所長 殿

ア レ ル ギ ー 対 応 解 除 届

学校名 _____

保護者名 _____ 印

児童生徒名 _____ (年 組)

提出した『食物アレルギー調査票兼面談書』から変更がありますので連絡いたします。

本児は除去していた

(食物名 : _____)

に関して、医師の指導のもと、これまでに複数回食べて症状が誘発されないのので上記食物の学校給食における完全解除をお願いいたします。

① 食べられるようになった食品 (_____)

② これからの対応 (どちらかに「レ」をつけて下さい)

対応をすべて解除します

対応を継続します

対応継続の食品 (_____)

(_____)

公印省略

〇〇〇第〇〇〇〇号
平成〇〇年〇〇月〇〇日各学校長・園長 様
(給食主任及び給食担当者)

〇〇市学校給食センター所長 〇〇〇〇

平成〇〇年度学校給食アレルギー対応希望者調査について（依頼）

平素より本センターの運営等につきましてご高配を賜り、厚く感謝申し上げます。

早速ですが、貴学校・園における来年度の学校給食アレルギー対応希望等の調査をお願いいたします。

また調査の後、対応希望者につきましては、下記の手順で提出書類を返送して下さい。

大変ご多忙のことと存じますが、何卒よろしくお願いいたします。

記

- 1 提出書類 ① 食物アレルギー調査票兼面談書(様式例2)
② 学校生活管理指導表
- 2 提出期限 平成〇〇年〇月〇日
- 3 提出方法 各学校・園で取りまとめて必要書類のコピーを給食センターへ(FAX 可)へ返送して下さい。なお、原本は各学校・園で保管をお願いいたします。

※その他注意していただきたいこと

1. 給食での対応を希望する場合は専門の医療機関の受診が必要ですので就学児健康診断等を利用し早目の調査をお願いいたします。
2. 面談は、本年度中に行えるよう日時設定と保護者への連絡をお願いいたします。

【問い合わせ】

〇〇市学校給食センター 〇〇
TEL:〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
FAX:〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

《学校給食アレルギー対応希望者調査依頼について》

共同調理場においては、下記参考様式「学校給食アレルギー対応希望者調査について」をもとに、それぞれの実情に合わせて作成し、受配校へ依頼してください。

なお、提出書類の内容、面談の実施、対応内容の決定等については、受配校と十分連携を図ってください。

【参考様式】

様式 17	
公印省略	〇〇〇第〇〇〇〇号 平成〇〇年〇〇月〇〇日
各中学校長・園長 様 (給食主任及び給食担当者)	
〇〇市学校給食センター所長 〇〇〇〇	
平成〇〇年度学校給食アレルギー対応希望者調査について (依頼)	
平素より本センターの運営等につきましてご高配を賜り、厚く感謝申し上げます。 早速ですが、貴学校・園における来年度の学校給食アレルギー対応希望等の調査をお願いいたします。 また調査の後、対応希望者につきましては、下記の手順で提出書類を返送して下さい。 大変ご多忙のことと存じますが、何卒よろしくお願いいたします。	
記	
1 提出書類	① 食物アレルギー調査票兼面談書(様式例2) ② 学校生活管理指導表
2 提出期限	平成〇〇年〇月〇日
3 提出方法	各学校・園で取りまとめた必要書類のコピーを給食センターへ(FAX可)へ返送して下さい。なお、原本は各学校・園で保管をお願いいたします。
※その他注意していただきたいこと	
1. 給食での対応を希望する場合は専門の医療機関の受診が必要ですので就学児健康診断等を利用し 早目の調査をお願いいたします。	
2. 面談は、本年度中に行えるよう日時設定と保護者への連絡をお願いいたします。	
【問い合わせ】 〇〇市学校給食センター 〇〇 TEL:〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 FAX:〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	

【対応希望者に対する手順】

- 1) 共同調理場は、学校へ本参考様式を送付し、調査を依頼
- 2) 学校は、学校給食の対応を希望する家庭に対し、①「食物アレルギー調査票兼面談書」(様式12)、②「学校生活管理指導表」、③「保護者記入用家庭における原因食物の除去の程度」等の関係書類の提出を依頼
- 3) 対応を希望する家庭は、学校へ関係書類を提出
- 4) 学校は、学校給食での対応を希望する家庭の関係書類のうち、①・②のコピーを共同調理場に提出
- 5) 学校と共同調理場は、対応を希望する家庭に対し、面談を行うなどして、対応内容を決定

*対応までの手順については、この限りではありませんが、学校と共同調理場が連携を図り、対応を決定してください。

食物アレルギー緊急時対応カード（記録用紙）

学年・組	氏 名	性 別
年 組		男・女

30秒判断

 顔色 呼吸 意識

時 分

5分以内に判断
(13項目)

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ぐったり | <input type="checkbox"/> 喉や胸がしめつけられる | <input type="checkbox"/> 持続する強い |
| <input type="checkbox"/> 意識もうろう | <input type="checkbox"/> 声がかすれる | おなかに痛み |
| <input type="checkbox"/> 尿や便を漏らす | <input type="checkbox"/> 犬が吠えるような咳 | (がまんでき |
| <input type="checkbox"/> 脈を触れにくい | <input type="checkbox"/> 息がしにくい | ない) |
| <input type="checkbox"/> 又は不規則 | <input type="checkbox"/> 持続する強い咳こみ | <input type="checkbox"/> 繰り返し吐き |
| <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い | <input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸 | 続ける |

時 分

処置	緊急時処方薬	時 分
	エピペン [®] 使用	時 分
	その他	

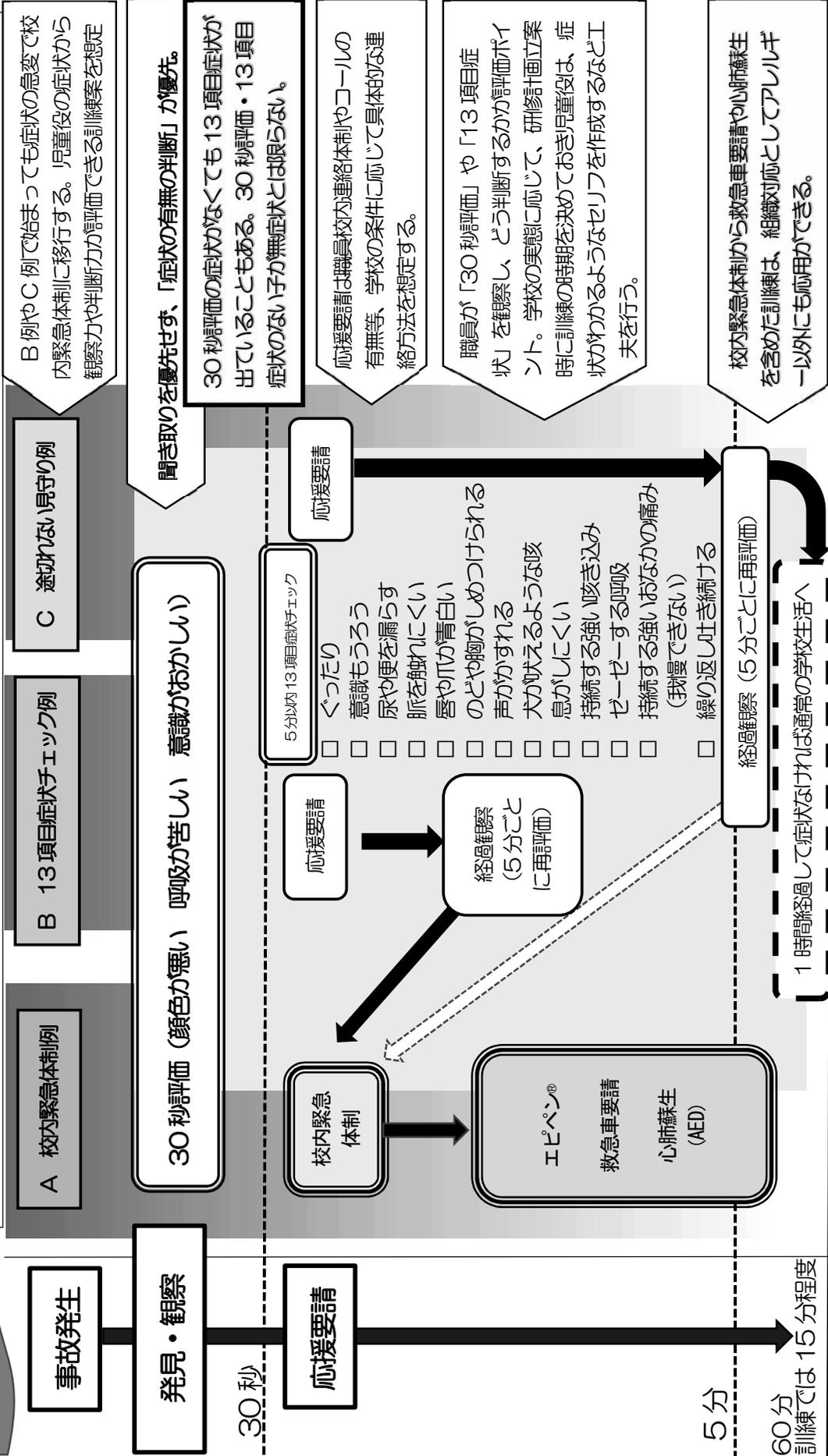
経過 (5分毎)	時刻	内容
	時 分	
	時 分	
	時 分	
	時 分	
	時 分	
	時 分	
	時 分	
	時 分	
	時 分	
	時 分	
	時 分	
	時 分	

食べた（摂取など）時刻	平成 年 月 日 () 時 分
食べた（摂取など）状況	食べた物 ()
	量 ()

救急車	要請時刻	時 分	到着時刻	時 分
医療機関	連絡時刻	時 分	到着時刻	時 分

記録者名	
------	--

食物アレルギーによる「30秒評価」「5分以内13項目評価の症状」を理解するとともに、迅速な判断と対応を身につけるために校内で想定訓練を実施する。実施にあたってはABCそれぞれの訓練チームの中から、どこに焦点を当てる訓練かを確認し、学校の実態に応じた想定訓練案を用意作成し、ロールプレイ形式で行うと効果的である。訓練シナリオ作成に当たっては、以下のフロー図を参考にすること。



参加者は訓練振り返りシートを活用し、必要な項目や感想を記入し、グループや全体で振り返りを行って、課題を明確にし、生かす。

食物アレルギー研修における教職員の想定訓練（例） A 訓練テーマ「校内緊急体制」

～30秒以内に評価する症状があった例～

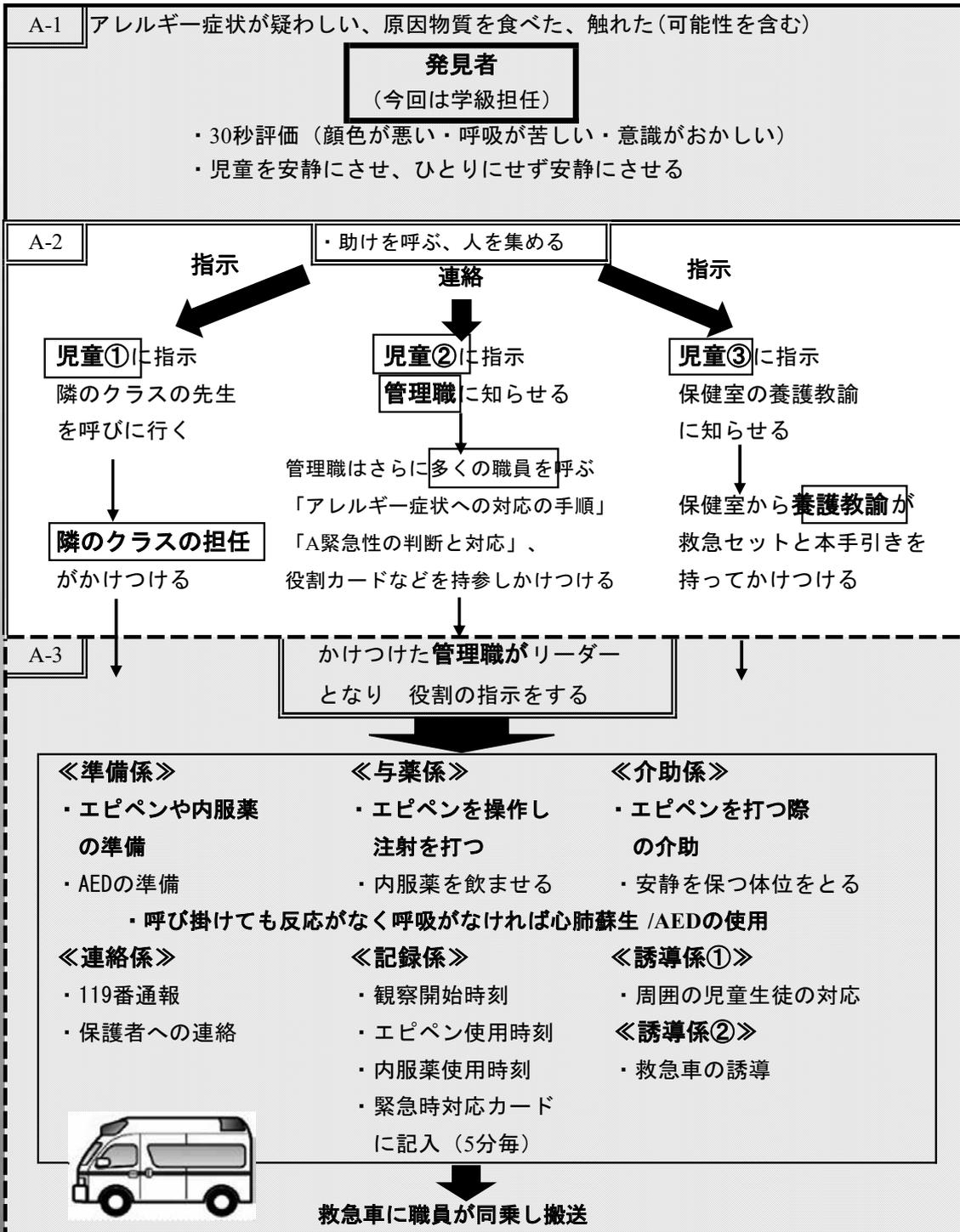
小学校3年生の男児。乳アレルギーにて給食は対応食としており、エピペンはランドセルに保管している。
この日の給食は対応食を食べた。昼休みに運動場でドッジボールをして遊んでいたところ身体がかゆくなった。
教室に戻り、担任に報告した。担任が確認したところ、全身にじんましんがでており、
顔色も悪く、咳き込んで苦しい様子であった。

《訓練開始》

「事故発生」
時間の目安



30秒



10分



《訓練終了》

「終了後振り返りシートでチェック」

【訓練振り返りシート】想定訓練 A

チェックの視点

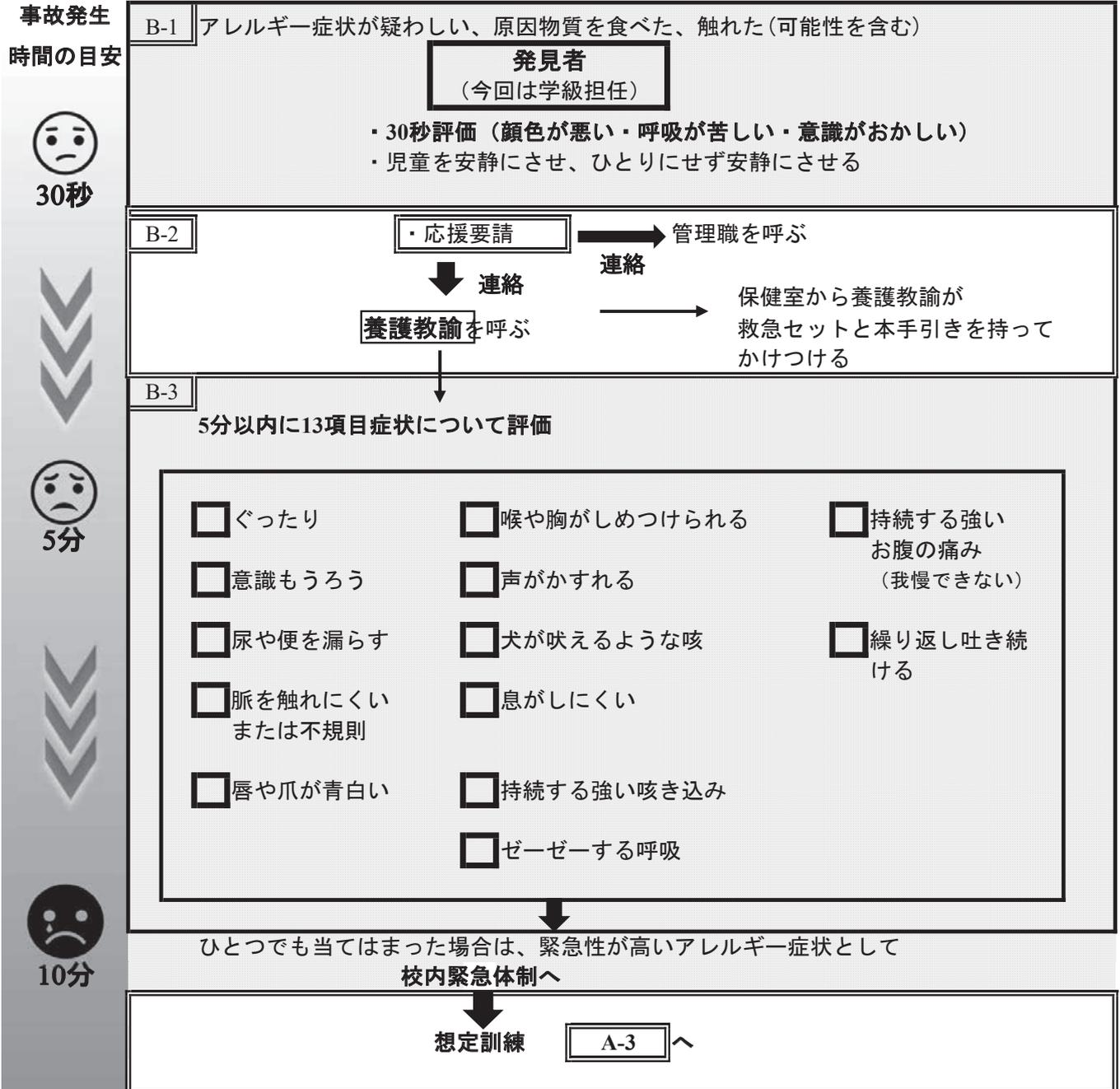
<input type="checkbox"/> 30秒評価ができていたか？（顔色・呼吸・意識）	
<input type="checkbox"/> 安全確保がとれていたか？	
<input type="checkbox"/> 子どもから目を離さなかったか？	
<input type="checkbox"/> 必要人数を集められていたか？	
<input type="checkbox"/> 管理職はリーダーとして指示できていたか？	
<input type="checkbox"/> 必要書類や救急セットを現場に持参できていたか？	
<input type="checkbox"/> エピペンを正しく使用できていたか？	
<input type="checkbox"/> エピペンを打つ時の介助はできていたか？	
<input type="checkbox"/> 救急車を呼ぶことができていたか？	
<input type="checkbox"/> 周囲の児童の誘導はできていたか？	
<input type="checkbox"/> 救急車の誘導はできていたか？	
<input type="checkbox"/> 記録はとれたか？	
<input type="checkbox"/> AEDの準備はできていたか？	
<input type="checkbox"/> 安静を保つ体位はとれていたか？	
<input type="checkbox"/> 児童役をやってみて分かったことは？	
<input type="checkbox"/> その他、気づいたことはあるか？	
<input type="checkbox"/> 組織的な緊急体制がとれたか？	
《個人の感想》	

食物アレルギー研修における教職員の想定訓練（例） B 訓練テーマ「症状チェック」

～5分以内の評価する症状があった例～

小学校1年生の女兒。食物アレルギーの既往歴なし。朝、学校に到着し教室で過ごしていた。
 全身にじんましんが出始めたのを友だちが発見し担任に伝えた。
 顔色・呼吸・意識に変化はなかったが、次第に数回の軽い咳が出始め、
 持続する強い咳き込みとなり、呼吸がゼーゼーし始めた。

《訓練開始》



《訓練終了》

終了後振り返りシートでチェック

【訓練振り返りシート】想定訓練B

チェックの視点

<input type="checkbox"/> 30秒評価ができていたか？（顔色・呼吸・意識）	
<input type="checkbox"/> 安全確保がとれていたか？	
<input type="checkbox"/> 子どもから目を離さなかったか？	
<input type="checkbox"/> 保健室に連絡を取ることができたか？	
<input type="checkbox"/> 必要書類や救急セットを現場に持参できていたか？	
<input type="checkbox"/> 5分以内に13項目の評価ができたか？	
<input type="checkbox"/> 5分ごとに13項目の評価を再評価していたか？	
<input type="checkbox"/> 記録はとれたか？	
<input type="checkbox"/> その他、気づいたことはあるか？	
<input type="checkbox"/> 子どもの症状変化に対応できたか？	
《個人の感想》	

食物アレルギー研修における教職員の想定訓練（例） C 訓練テーマ「途切れない見守り」

～30秒以内に評価する症状も5分間に評価する症状もなかった例～

小学校6年生の女兒。エビアレルギーはあるがエピペンは持っていない。持参したお弁当を食べていたが、急に身体がかゆいと言いだめた。担任が確認したところ、全身にじんましんが出現していた。意識ははっきりしており、呼吸も顔色も悪くない。会話もでき、咳や腹痛もない。

《訓練開始》

事故発生

時間の目安



30秒

C-1 アレルギー症状が疑わしい、原因物質を食べた、触れた(可能性を含む)

発見者

(今回は学級担任)

- ・ 30秒評価 (顔色が悪い・呼吸が苦しい・意識がおかしい)
- ・ 児童を安静にさせ、ひとりにせず安静にさせる

C-2

・ 応援要請

管理職を呼ぶ

連絡

連絡

保健室から養護教諭が

養護教諭に知らせる

救急セットと本手引きを持って
かけつける

C-3

5分以内に13項目症状について評価 (その後、5分ごとに再評価を続ける)

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ぐったり | <input type="checkbox"/> 喉や胸がしめつけられる | <input type="checkbox"/> 持続する強い痛み
(我慢できない) |
| <input type="checkbox"/> 意識もうろう | <input type="checkbox"/> 声がかすれる | <input type="checkbox"/> 繰り返し吐き続ける |
| <input type="checkbox"/> 尿や便を漏らす | <input type="checkbox"/> 犬が吠えるような咳 | |
| <input type="checkbox"/> 脈を触れにくい | <input type="checkbox"/> 息がしにくい | |
| <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い | <input type="checkbox"/> 持続する強い咳き込み | |
| | <input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸 | |

5分以内に上記項目の全ての症状がない場合

C-4

保健室へ移動 (車椅子または担架)



- ※ 原因物質の排除を行い、処方薬を内服させる
- ※ 保護者に連絡
- ※ 30秒以内の評価は途切れることなく、また上記13項目は5分毎に評価する
- ※ 「30秒以内に評価する項目」「5分以内に評価する項目」には該当しないがアレルギー症状が軽快しない場合、病院または学校医へ問合せ/受診させる
- ※ 誘因となっている行動から1時間経過してもチェックシートにあるいずれの症状も生じなければ通常の学校生活に戻る



60分

《訓練終了》

終了後振り返りシートでチェック

【訓練振り返りシート】想定訓練C

チェックの視点

<input type="checkbox"/> 30秒評価ができていたか？（顔色・呼吸・意識）	
<input type="checkbox"/> 安全確保がとれていたか？	
<input type="checkbox"/> 子どもから目を離さなかったか？	
<input type="checkbox"/> 保健室に連絡を取ることができたか？	
<input type="checkbox"/> 必要書類や救急セットを現場に持参できていたか？	
<input type="checkbox"/> 5分以内に13項目の評価ができたか？	
<input type="checkbox"/> 保健室への移動は問題なくできたか？	
<input type="checkbox"/> 5分ごとに13項目の評価を再評価していたか？	
<input type="checkbox"/> 途切れることなく「30秒以内の評価」ができたか？	
<input type="checkbox"/> 記録はとれたか？	
<input type="checkbox"/> その他、気づいたことはあるか？	
《個人の感想》	