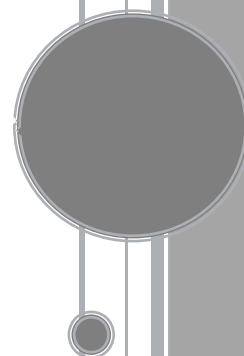


様式集

～各章の中に出てきた様式・様式例をまとめています～



食物アレルギー (あり・なし) アナフィラキシー (あり・なし)

病型・治療

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

R. 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・木の葉類 〈 〉
- 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 〈 〉

〔診断根拠〕該当するもの全てを()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

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. 吸入薬：気管支拡張薬 (商品名)
- 5. アドレナリン自己注射薬 (商品名 エピペン)
- 6. その他 (商品名)

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®投与や救急車を優先してください。

学校生活上の留意点

- A. 給食
 - 1. 管理不要
 - 2. 保護者と相談し決定
- B. 食物・食材を扱う授業・活動
 - 1. 配慮不要
 - 2. 保護者と相談し決定
- C. 運動 (体育・部活動等)
 - 1. 管理不要
 - 2. 保護者と相談し決定
- D. 宿泊を伴う校外活動
 - 1. 配慮不要
 - 2. 食事やイベントの際に配慮が必要
- E. その他の配慮・管理事項 (自由記載)

★保護者 電話： _____

★連絡医療機関 医療機関名： _____

電話： _____

〔緊急時連絡先〕

記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医師名 _____ (印)

医療機関名 _____

確認日	医師名	捺印
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		

●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教職員全員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： _____

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)

平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	□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	平成	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

様式例 3

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、ババロア、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	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	
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	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 平成(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)

食物アレルギー個別支援プラン（案・決定）

記入日 平成 年 月 日
協議日 平成 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 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	
		学校給食	その他の配慮
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】

様式例 4

食物アレルギー個別支援プラン（案・決定）

記入日 平成 年 月 日
協議日 平成 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 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	糧食類・木の实類（ ）
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	
		学校給食	学校での配慮
学校での配慮	給食の選択について		
	除去する薬品や内容について		
	食物・食材を扱う活動、授業	重量の摂取・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イベント（着席）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	上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	
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	学校医		
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

様式例 5

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	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																						

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	<input type="checkbox"/> 顔色	<input type="checkbox"/> 呼吸	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> (がまんでき	
	<input type="checkbox"/> 脈を触れにくい	<input type="checkbox"/> 息がしにくい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	
------	--

校内研修用 訓練記録

日付	平成 年 月 日	開始時刻	
発生場所		救急車要請までにかかった時間	
想定内容			
役割	すべき内容	できた・行った ○ 行わなかった ×	備考
発見者 氏名 ()	緊急性の高い症状の判断(30秒以内に評価)		
	その誘因となっている行動を中止させ、安静にさせる		
	助けを呼ぶ・人を集める		
	児童生徒から目を離さない。ひとりにさせない。		
	安静を保つ体位をとる		
	患児に声をかけ続ける		
	管理職が到着するまでリーダー代行となる		
	緊急性の高い症状の判断(5分以内に評価)		
連絡係 氏名 ()	(エピペン [®] の使用/介助)		
	(心肺蘇生・AEDの使用/介助)		
	管理職と保健室に連絡		
	救急車の出動要請		
管理職 氏名 ()	保護者への連絡		
	さらに人を集める		
	現場に到着次第、リーダーとなる		
	それぞれの役割の確認及び指示		
	救急車の要請指示		
	状況に応じて処置の介助		
準備係 (複数名) 氏名 () ()	(エピペン [®] の使用/介助)		
	(心肺蘇生・AEDの使用/介助)		
	エピペン [®] や内服薬の準備		
	AEDの準備		
	緊急時対応マニュアル・個別対応シートの準備		
	症状チェックシートの準備 ⇒(記録係)		
記録係 氏名 ()	必要に応じ給食等使用食材献立表の準備		
	(エピペン [®] の使用/介助)		
	(心肺蘇生・AEDの使用/介助)		
	症状の観察		
その他の係 (複数名) 氏名 () ()	症状チェックシート記入(5分毎に記録)		
	観察を開始した時刻を記録		
	エピペン [®] を使用した時刻を記録		
	内服薬を飲んだ時刻を記録		
() ()	周囲の児童生徒の対応		
	救急車の誘導		
	(エピペン [®] の使用/介助)		
	(心肺蘇生・AEDの使用/介助)		

平成 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、何卒よろしくをお願いいたします。

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】

様式例 9	
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	

【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」(様式例2-1)、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。

