

令和 3年12月

1年生
保護者の皆様

大津市教育委員会事務局

学校におけるアレルギー疾患に対する取り組みについて

文部科学省の調査により、学校にはアレルギー疾患のお子様が多く通われていることが明らかになり、各学校においては、日本学校保健会作成の「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」と「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」を活用してきました。

これらを基に、滋賀県教育委員会において、滋賀県版の学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）および活用のしおりを作成され、大津市でも平成25年度より、滋賀県版を使用し、管理を要するアレルギー疾患や緊急を要するアナフィラキシーをお持ちのお子さんが安全・安心に学校生活を送れるよう取り組んでおります。

つきましては、別添の調査票に必要事項をご記入の上、入学説明会当日の受付時または2月16日（水）までに小学校へ提出いただきますようお願いいたします。

記

○ 主なアレルギー疾患

「アナフィラキシー」 「食物アレルギー」 「気管支ぜんそく」 「アトピー性皮膚炎」
「アレルギー性結膜炎」 「アレルギー性鼻炎」

「アナフィラキシー」とは、アレルギー反応により、じんましんなどの皮膚症状、腹痛や嘔吐などの消化器症状、ゼーゼー、呼吸困難などの呼吸器症状が、複数同時にかつ急激に出現した状態を言います。

原因のほとんどは食物ですが、それ以外に昆虫刺傷、医薬品、ラテックス（天然ゴム）などが問題となります。中にはまれに、運動だけで起きることがあります。

- 別添調査「アレルギー疾患に関する調査票（様式1）」で、食物アレルギーに○をされた場合は、「食物アレルギー調査票（様式3）」にもご記入をお願いします。
- 「学校生活管理指導表」が提出できない場合においても、場合によっては、学校から受診をおすすめし、学校生活管理指導表の提出をお願いする場合があります。
- 「学校生活管理指導表」は、下記に該当する管理指導表を病院で記入していただき、学校に提出してください。
 - ①アナフィラキシー・食物アレルギー
 - ②気管支ぜん息用
 - ③アトピー性皮膚炎・アレルギー性結膜炎・アレルギー性鼻炎
- 学校生活管理指導表は医師が記入するものであり、文書料がかかることがあります。
- 調査票に記入いただきました個人情報、学校におけるアレルギー疾患に対する取組にのみ使用します。
- ご不明な点がございましたら、大津市教育委員会事務局 学校教育課（Tel. 528-2633）または、各学校までお問い合わせください。

アレルギー疾患に関する調査票

様式1

令和 年 月 日記入

大津市立唐崎小学校

年 組 番 児童名 _____

保護者名 _____

1. 下記のいずれかに○印をつけて下さい。

- () アレルギー疾患がない。(質問はこれで終了です。)
- () アレルギー疾患がある。(以下の質問に記入下さい。)

2. 上記質問において、「アレルギー疾患がある」と回答された方は、続いてお答えください。

(1) 該当する疾患に○印をつけ、そのアレルギーの原因物質を記入下さい。

○をつけて下さい	疾患・症状	アレルギーの原因
	アナフィラキシー	
	食物アレルギー	
	気管支ぜんそく	
	アトピー性皮膚炎	
	アレルギー性結膜炎	
	アレルギー性鼻炎	
	その他 *具体的に症状をご記入ください。 ()	

(2) 配慮や制限について下記の①～③のいずれかに○印をつけて下さい。

- ① () 特に配慮や制限は必要ありません。
- ② () 学校生活管理指導表を提出します。
- ③ () 配慮や制限は必要だが、学校生活管理指導表は提出できません。

提出できない理由及びどんな配慮や制限が必要か記入下さい。

※場合によっては、学校生活管理指導表の提出を求められることがあります。

(3) エピペンについて、いずれかに○印をつけて下さい。

- () エピペンは処方されていない。
- () エピペンを処方されている。

*食物アレルギーに○印を記入された場合は、別紙「食物アレルギー調査票(様式3)」にも記入をお願いします。

**食物アレルギーがある
方のみご記入下さい。**

食物アレルギー調査票

様式3小学校用

小学校名	小学校				記入年月日	令和 年(西暦 年) 月 日
学年・組・番	1年 組 番	4年 組 番	緊急連絡先	【自宅・保護者()携帯・その他()】		
	2年 組 番	5年 組 番		TEL		
	3年 組 番	6年 組 番		【自宅・保護者()携帯・その他()】		
児童・生徒氏名				男・女	TEL	
生年月日	H・R 年(西暦 年)	月 日	かかりつけ 医療機関名	TEL		

★該当する項目にチェック✓またはご記入ください。

1. 食物アレルギーを起こす原因食品は何ですか。

- 鶏卵 牛乳・乳製品 小麦 そば 落花生
- くるみ ごま カシューナッツ その他種実・木実類 えび かに
- オレンジ キウイフルーツ りんご もも バナナ その他果物類
- いか 鮭 さば その他魚類 牛肉 豚肉 鶏肉
- その他肉類 大豆・大豆製品 まつたけ やまいも ゼラチン 大麦
- アーモンド その他()

2. 食物アレルギーを起こす原因食品と除去の程度について(現在、制限・除去すべき食品を全てご記入下さい。)

原因食品	摂取時に起こる症状	除去の程度	給食での対応
		<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 少量であれば可 <input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> 加工食品等に含まれる微量であれば可 <input type="checkbox"/> ()	要・不要
		<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 少量であれば可 <input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> 加工食品等に含まれる微量であれば可 <input type="checkbox"/> ()	要・不要
		<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 少量であれば可 <input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> 加工食品等に含まれる微量であれば可 <input type="checkbox"/> ()	要・不要
		<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 少量であれば可 <input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> 加工食品等に含まれる微量であれば可 <input type="checkbox"/> ()	要・不要
		<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 少量であれば可 <input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> 加工食品等に含まれる微量であれば可 <input type="checkbox"/> ()	要・不要
		<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 少量であれば可 <input type="checkbox"/> 加熱すれば可 <input type="checkbox"/> 加工食品等に含まれる微量であれば可 <input type="checkbox"/> ()	要・不要

3. 上記質問2の除去はどなたが判断されましたか。

- 医師 保護者 その他()

4. 食物アレルギーで医師の診断はありますか。

- 無し 有り ⇒ 最終診断年月：平成・令和 年(西暦 年) 月頃

5. 食物アレルギーの検査はされましたか。

- 無し 有り ⇒ 陽性 食品名()
 陰性 食品名()
 最終検査年月：平成・令和 年(西暦 年) 月頃

6. 家庭で除去食や食事制限はされていますか。

- 無し 有り ⇒ 完全除去食(調理の段階で除去 本人が除去)
本人の体調によって除去(調理の段階で除去 本人が除去)
加工食品等わずかに入っているものは食べている()
その他()

7. 過去に除去食を行っていたが、現在は食べられるようになった食品はありますか。

- 無し 有り ⇒ 食品名()

→裏面へ

8. 運動で症状を発症したことがありますか。

無し 有り ⇒ 食事との関連有り 食事との関連なし

9. アナフィラキシーショックの経験はありますか。

無し 有り ⇒ 回数： 回
最終発症年月：平成・令和 年（西暦 年） 月 日
原因（ ）

10. 現在、アレルギー疾患の治療のために使用している薬はありますか。

無し 有り ⇒ 内服薬 吸入薬 外用薬 注射薬 その他
薬剤名（ ）

11. 学校に携帯している薬はありますか。

無し 有り ⇒ 内服薬 吸入薬 外用薬 注射薬 その他
薬剤名（ ）

12. アレルギー症状を起こしたときの対応方法は何ですか。

内服薬 自己注射 その他（ ）

13. 学校給食での対応は必要ですか。

不要

必要

どのような対応が必要ですか。（※具体的な対応方法は学校と要相談）

14. 主治医より運動や課外活動・調理実習・宿泊・学校生活等で注意を受けていますか。

無し

有り

どのような内容ですか。

15. その他・特記事項(ご自由にお書き下さい)

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に、本票に記載された内容を学校全体(教職員、児童生徒等)で共有することに同意します。 保護者署名

【保護者確認欄】

上記内容に追加、変更等がある場合は、必要箇所への訂正、記入とともに、下の欄にご署名をお願い致します。

学年	追加・変更箇所の有無(○印)	記入年月日	保護者署名
小学2年時	有 ・ 無	年 月 日	
小学3年時	有 ・ 無	年 月 日	
小学4年時	有 ・ 無	年 月 日	
小学5年時	有 ・ 無	年 月 日	
小学6年時	有 ・ 無	年 月 日	

食物アレルギーが
ある方のみご記入下さ

様式6-1

令和 年 月 日

大津市立唐崎小学校

保護者名: _____

令和4年度 学校給食対応確認書

食物アレルギーによる学校給食での対応について、下記のとおり確認しました。

記

学年・組・番	年 組 番	児童氏名	(男・女)
--------	-------	------	-------

★該当する項目にチェック✓またはご記入ください。

対 応	給食の対応 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	
	内容	<input type="checkbox"/> 完全弁当持参 <input type="checkbox"/> 一部弁当持参(献立によって一部) <input type="checkbox"/> 自分で除去(献立表対応)
その他 対応内容	給食内容の停止 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
	飲み物	<input type="checkbox"/> 飲用牛乳停止 <input type="checkbox"/> 飲用ヨーグルト停止
	主食	<input type="checkbox"/> ごはんの停止 <input type="checkbox"/> パンの停止※食材に関わらずすべてのパンが停止されます。 <input type="checkbox"/> めんの停止※食材に関わらずすべてのめんが停止されます。
	副食	<input type="checkbox"/> おかずの停止 (デザート類も含む)
資料の配布	学校給食使用食材予定表の配付 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	
	学校給食食品原材料表の配付 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	
その他	ごく微量(コンタミネーション)でもアレルギーを引き起こす可能性はありますか。 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
	肌に接触するだけでも、アレルギー反応を起こしますか。 <input type="checkbox"/> 起こす <input type="checkbox"/> 起こさない	
備 考		