

保護者の皆様へ

厚木市教育委員会

## 食物アレルギーのある児童・生徒への対応について

日頃から、厚木市立小・中学校の教育活動に御理解・御協力いただきありがとうございます。  
厚木市では、お子様が「安全・安心」に学校生活を送ることができるように食物アレルギーがある場合は学校においても取組を行っています。

なお、給食での対応をはじめ、授業・校外活動も含め、学校での配慮や管理が必要となる場合は、原則として申し出が必要となります。その後、医師の作成した学校生活管理指導表の提出をもって、学校における食物アレルギー対応等の開始となります。学校の状況により、全ての御要望にお応えできない場合もございますので、あらかじめ御了承ください。

## 1 アレルギー疾患対応取り組みの流れ

## Step 1

食物アレルギー対応が必要かどうかを  
各家庭において話し合いをする。

## 家庭における話し合いのポイント

- ① 学校生活において特別な配慮が必要か。
- ② エピペン®を携行しているか。
- ③ 食物アレルギーが原因で症状が重篤化する恐れがあると医師の判断を仰ぐ必要があるか。

## Step 2

食物アレルギー対応を希望する旨を  
学校へ申し出る。

## Step 3

管理指導表をもって医療機関を受診する。

学校から  
「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」（以下「管理指導表」という。）等を渡します。

## Step 4

医師の作成した管理指導表等を学校へ提出し  
対応を相談する。

医師にお子様のアレルギーについて  
診断してもらい、必要事項を記入して  
もらってください。

## Step 5

食物アレルギーに対する取組の同意・確認・決定

医師の作成した管理指導表を基に、  
学校生活における配慮や管理につ  
いて個人面談により御相談させて  
いただきます。

## Step 6

食物アレルギーへの対応開始

## 学校生活における食物アレルギー対応について

厚木市立小・中学校では、食物アレルギーのある児童・生徒に対して市内統一の方針及び医師の指示を基に、学校の状況に応じた給食の対応を行っています。なお、給食以外にも校外活動等、食物の摂取や接触の機会がありますので、食物アレルギーがあり、配慮が必要な場合は必ず学校へお申し出ください。

また、定期的に医療機関を受診し、児童・生徒の成長によりアレルギー症状に変化があった場合は学校にお知らせください。

### 1 アレルギー対応に係る必要書類の提出について

学校での配慮が必要な場合は、必ず次の書類を学校へ提出してください。

給食でのアレルギー対応内容については、完全除去を基本とし、詳細献立表等の配付、配膳時の学級担任における確認、除去食対応等となります。詳細は、「2 給食での対応について」を参照してください。

#### ① 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

※ 医師に記入してもらった後、同意欄に署名をお願いします。

※ 給食で使用しない食材（そば、ピーナッツ、くるみ、キウイフルーツ、いくら）についても、給食以外の学校生活における配慮や管理を求める場合には提出が必要になります。

【例】(1)校内における食物・食材を扱う教育活動（調理実習等）

(2)遠足・校外学習

(3)宿泊を伴う学習（修学旅行等）

#### ② 食物アレルギー面談票

### 2 給食での対応について

次の内容で、アレルギー対応を実施いたしますので、御了承ください。

(1) 食物アレルギーの原因食物を全て除いた給食を提供する、完全除去を基本とする対応を導入しています。そのため、管理指導表に一部除去と記載がある場合及び自宅で少量食べている場合も全て除去(提供しない)対応となります。

(2) 除去食対応は、卵、乳、小麦、えび、かにの5品目について実施します。除去食以外の対応は、提供しない（配膳しない）対応となります。給食設備や調理従事体制など、現状できる範囲（既存の設備、調理従事）の中で適切な対応に努めます。

中学校給食においては、主食に卵、乳、小麦・大麦、えび、かにが含まれる場合には、代替として原則白飯を提供します。

また、アレルギー対応をする日には、配膳後の量の調整はできません。（当日は、対応食以外の献立についても配膳後の量の調整はできません。）

(3) 通常献立表又は使用する調味料・加工品等の原材料、全ての食材が明記された詳細献立表、食物アレルギー対応実施予定表を児童・生徒経由でお渡しします。必ず御家庭でも児童・生徒と一緒に原因食物の有無や対応内容を御確認いただき、対応当日には本人へ注意喚起をお願いいたします。

給食時には、学級担任と児童・生徒で配膳された給食と食物アレルギー対応実施予定表を確認します。

(4) 学校給食ではそば・ピーナッツ・くるみ・キウイフルーツ・いくらを使用しませんが、中学校給食に使用する小袋めんにつきましては、そばと同じ製造工場で製造をしております。コンタミネーション（製造工程中での微量混入等）の配慮が必要な場合は、学校に御相談ください。

(5) 学校で対応が困難な場合、家庭から弁当や代替品を持参することができます。（学校へ食物アレルギー対応を申請している人に限ります。）

(6) 納品等の都合により対応内容を変更する場合があります。

(7) 対応が不要になった場合、解除申請が必要となりますので学校に御連絡ください。

### 3 その他

一部喫食しない食材がある場合でも、給食費相当額の給付対象にはなりません。

年 月 日  
厚木市立 学校

フリガナ

年 組 番 氏名

保護者氏名

連絡先 (TEL)

## 食物アレルギーに係る調査票

あてはまるものに○をつけてください。

- 1 医師から食物アレルギーの診断を受けていますか。

はい ・ いいえ

以下は1で「はい」の方にお伺いします。

- 2 学校で特別な配慮が必要ですか。 はい ・ いいえ

※特別な配慮とは、給食での対応をはじめ、授業・校外活動も含め、学校での管理のことを指します。

以下は2で「はい」の方にお伺いします。

- 3 食物アレルギーの原因食物をご記入ください。

( )

- 4 アナフィラキシーショックを起こすおそれがありますか。

はい ・ いいえ

- 5 エピペン®を携帯していますか。 はい ・ いいえ

※ お子様の食物アレルギーに不安がある場合は、医療機関への受診をお願いいたします。

年 月 日

厚木市立 小学校

フリガナ

就学予定者氏名

保護者氏名

連絡先 (TEL)

## 食物アレルギーに係る調査票

あてはまるものに○をつけてください。

- 1 医師から食物アレルギーの診断を受けていますか。

はい ・ いいえ

以下は1で「はい」の方にお伺いします。

- 2 学校で特別な配慮が必要ですか。 はい ・ いいえ

※特別な配慮とは、給食での対応をはじめ、授業・校外活動も含め、学校での管理のことを指します。

以下は2で「はい」の方にお伺いします。

- 3 食物アレルギーの原因食物をご記入ください。

( )

- 4 アナフィラキシーショックを起こすおそれがありますか。

はい ・ いいえ

- 5 エピペン®を携帯していますか。 はい ・ いいえ

※ 就学時健康診断時に学校に提出してください。

※ お子様の食物アレルギーに不安がある場合は、医療機関への受診をお願いいたします。

年 月 日  
厚木市立 小学校

フリガナ

年 組 番 氏名

保護者氏名

連絡先 (TEL)

## 食物アレルギーに係る調査票

あてはまるものに○をつけてください。

- 1 医師から食物アレルギーの診断を受けていますか。

はい ・ いいえ

以下は 1 で「はい」の方にお伺いします。

- 2 学校で特別な配慮が必要ですか。

はい ・ いいえ

※特別な配慮とは、給食での対応をはじめ、授業・校外活動も含め、学校での管理のことを指します。

以下は 2 で「はい」の方にお伺いします。

- 3 食物アレルギーの原因食物をご記入ください。

( )

- 4 アナフィラキシーショックを起こすおそれがありますか。

はい ・ いいえ

- 5 エピペン®を携帯していますか。

はい ・ いいえ

※ 厚木市内の公立中学校説明会時に中学校へ提出してください。

※ お子様の食物アレルギーに不安がある場合は、医療機関への受診をお願いいたします。

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（ 歳） |                                                   | 学校 年 組                      |  | 提出日 年 月 日 |  | 様式3   |          |                     |  |
| アナフィラキシー（あり・なし）<br>食物アレルギー（あり・なし）        | 1 病型・治療                                            |     |  |            |                                                   | 2 学校生活上の留意点                 |  |           |  |       | 【緊急時連絡先】 | 主治医と異なる場合のみご記入ください。 |  |
|                                          | 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） 該当する数字に○をしてください      |     |  |            |                                                   | A.給食                        |  |           |  |       |          | 医療機関名：              |  |
|                                          | 1.即時型                                              |     |  |            |                                                   | 1.管理不要 2.管理必要               |  |           |  |       |          |                     |  |
|                                          | 2.口腔アレルギー症候群                                       |     |  |            |                                                   | B.食物・食材を扱う授業・活動             |  |           |  |       |          |                     |  |
|                                          | 3.食物依存性運動誘発アナフィラキシー                                |     |  |            |                                                   | 1.管理不要 2.管理必要               |  |           |  |       |          |                     |  |
|                                          | 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） 該当する数字に○をしてください |     |  |            |                                                   | C.運動（体育・部活動等）               |  |           |  |       |          | 医師名：                |  |
|                                          | 1.食物（原因 ）                                          |     |  |            |                                                   | 1.管理不要 2.管理必要               |  |           |  |       |          |                     |  |
|                                          | 2.食物依存性運動誘発アナフィラキシー                                |     |  |            |                                                   | D.宿泊を伴う校外活動                 |  |           |  |       |          | 電話：                 |  |
|                                          | 3.運動誘発アナフィラキシー                                     |     |  |            |                                                   | 1.配慮不要 2.管理必要               |  |           |  |       |          |                     |  |
|                                          | 4.昆虫（ ）                                            |     |  |            |                                                   | E.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 |  |           |  |       |          | 記載日                 |  |
| 5.医薬品（ ）                                 |                                                    |     |  |            | ※本欄に○が付いた場合、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あります。 |                             |  |           |  | 年 月 日 |          |                     |  |
| 6.その他（ ）                                 |                                                    |     |  |            | 鶏卵：卵殻カルシウム                                        |                             |  |           |  | 医師名   |          |                     |  |
| C.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 |                                                    |     |  |            | 牛乳：乳糖・乳清焼成カルシウム                                   |                             |  |           |  | 印     |          |                     |  |
| 1.鶏卵 《 》〔除去根拠〕該当するもの全てを《 》内に記載           |                                                    |     |  |            | 小麦：醤油・酢・味噌                                        |                             |  |           |  | 医療機関名 |          |                     |  |
| 2.牛乳・乳製品 《 》①明らかな症状の既往 ②食物負荷試験陽性         |                                                    |     |  |            | 大豆：大豆油・醤油・味噌                                      |                             |  |           |  |       |          |                     |  |
| 3.小麦 《 》③IgE抗体等検査結果陽性 ④未摂取               |                                                    |     |  |            | ゴマ：ゴマ油                                            |                             |  |           |  |       |          |                     |  |
| 4.ソバ 《 》（ ）に具体的な食品名を記載                   |                                                    |     |  |            | 魚類：かつおだし・いりこだし・魚醤                                 |                             |  |           |  |       |          |                     |  |
| 5.ピーナッツ 《 》                              |                                                    |     |  |            | 肉類：エキス                                            |                             |  |           |  |       |          |                     |  |
| 6.甲殻類 《 》（すべて・エビ・カニ                      |                                                    |     |  |            | F. その他の配慮・管理事項（自由記述）                              |                             |  |           |  |       |          |                     |  |
| 7.木の実類 《 》（すべて・クルミ・カシュー・アーモンド            |                                                    |     |  |            | 生卵 可 ・ 不可                                         |                             |  |           |  |       |          |                     |  |
| 8.果物類 《 》（                               |                                                    |     |  |            | 加熱卵 可 ・ 不可                                        |                             |  |           |  |       |          |                     |  |
| 9.魚類 《 》（                                |                                                    |     |  |            | マヨネーズ 可 ・ 不可                                      |                             |  |           |  |       |          |                     |  |
| 10.肉類 《 》（                               |                                                    |     |  |            | アイスクリーム 可 ・ 不可                                    |                             |  |           |  |       |          |                     |  |
| 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、ステロイド薬）                    |                                                    |     |  |            |                                                   |                             |  |           |  |       |          |                     |  |
| 2.アドレナリン自己注射薬（「エピペン®」）                   |                                                    |     |  |            |                                                   |                             |  |           |  |       |          |                     |  |
| 3.その他（ ）                                 |                                                    |     |  |            |                                                   |                             |  |           |  |       |          |                     |  |

※ 以下は保護者の方がご記入ください  
＜緊急時連絡先＞ 優先順にご記入ください  
① 名 前  
電話番号  
携帯番号

② 名 前  
電話番号  
携帯番号

③ 名 前  
電話番号  
携帯番号

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関係職員及び関係機関で共有することに同意します。

保護者名

## 【食物アレルギー面談票】

※太線の枠内は、あらかじめ保護者が記入してください。

記載日： 年 月 日

|                    |             |
|--------------------|-------------|
| (ふりがな)<br>児童・生徒氏名： | 年 組 性別：( )  |
| 保護者氏名：             | 生年月日： 年 月 日 |

## ■緊急連絡先

| 優先順位 | 該当のものに○をしてください | 氏名 | 続柄 | 電話番号 |
|------|----------------|----|----|------|
| 1 番  | 自宅 ・ 携帯 ・ 職場   |    |    |      |
| 2 番  | 自宅 ・ 携帯 ・ 職場   |    |    |      |
| 3 番  | 自宅 ・ 携帯 ・ 職場   |    |    |      |

## ■原因食品と症状

| 原因食品 | 摂取後の症状 |
|------|--------|
|      |        |

## ■家庭での食事・外食・おやつについての除去方法

|  |
|--|
|  |
|--|

## ■アナフィラキシーショックの経験の有無 ( あり ・ なし )

|                     |              |
|---------------------|--------------|
| ありの場合 →回数： 回<br>原因： | 最後の発症： 年 月 日 |
| どのような症状か：           |              |
| どのような対応をしたか：        |              |

## ■主治医／薬剤

最終受診日： 年 月 日

| 医療機関名：                          | TEL： ( ) | 担当医師名： |        |
|---------------------------------|----------|--------|--------|
| 医療機関名：                          | TEL： ( ) | 担当医師名： |        |
| 処方されている薬：                       | 効果       | 服薬状況   | 学校への携帯 |
| 1                               |          |        | 有 無    |
| 2                               |          |        | 有 無    |
| 3                               |          |        | 有 無    |
| 自己注射(エピペン)の有無：【 あり ( 本 ) ・ なし 】 |          |        |        |
| ※ありの場合は「エピペン使用時の留意事項」も記入してください。 |          |        |        |

## ■エピペン使用時の留意事項（エピペンを処方されている方のみご記入ください。）

|                          |            |
|--------------------------|------------|
| 主治医からの指示内容を具体的に記入してください。 | 保管期間（更新時期） |
|                          |            |

事前の記入は以上です。

※ここからは面接時に相談の上記入します。

面談日： 年 月 日

面談出席者（学校）

■学校給食における対応内容

☐一部弁当対応 ☐完全弁当対応 ☐除去食対応  
☐その他：

■学校生活における留意点 ☐あり ☐なし

調理実習：  
宿泊行事：  
校外学習（遠足等）：  
その他：

■緊急時の対応 ※アナフィラキシー発症時は、救急車を要請します。

☐保護者連絡  
☐内服薬あり ☐吸入あり ☐エピペンあり  
☐搬送先の病院の指定有：

■エピペンの管理方法等 エピペンの有無 ☐あり ☐なし

保管場所  
☐授業時 ☐本人常時持参 ☐本人のかばんの中 ☐職員室  
☐その他  
( )  
☐放課後 ☐本人常時持参 ☐本人のかばんの中 ☐職員室  
☐その他  
( )  
☐校外学習 ☐本人常時持参 ☐本人のかばんの中 ☐職員室  
☐その他  
( )

管理方法：☐帰宅時持ち帰り ☐常時学校保管（使用期限：）  
長期休業中の対応方法：

学校における日常の取組や緊急時の対応に活用するため、記載された内容を全職員及び必要に応じて関係諸機関で共有することに同意します。

保護者署名

■アレルギー対策委員会での決定内容は次のとおりです。

☐一部弁当対応 ☐完全弁当対応 ☐除去食対応  
☐その他

食物アレルギー疾患のある児童・生徒の主治医の皆様へ

～「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の記入のお願い～

厚木市立小・中学校では、食物アレルギー疾患のある児童・生徒について事故防止を徹底するため、食物の分量による部分除去は行わず、含まれる原因食物をすべて取り除くか、含まれる料理を配膳しない完全除去の対応となります。

学校給食においては、原因食物が卵、牛乳、小麦、えび、かにの場合のみ、除去食による完全除去の対応を行います。

例) 飲用牛乳は×、調理用牛乳は○の場合⇒飲用、調理用ともに×

原因食材が上記以外の場合においては原因食物を含む料理を配膳しない対応を行います。

例) 生の果物は×、加工品（缶詰等）は○の場合⇒生食用、加工品ともに×

つきましては、保護者の皆様からの求めに応じ、「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の記載をお願いします。＜記入の仕方は裏面を参照＞

1 完全除去の例外等について

- (1) 鶏卵については、学校給食では生卵は提供しませんので、生卵のみ食べられない場合は学校給食での対応はなしとなります。加熱卵やマヨネーズ・アイスクリームなど十分には加熱されていない卵加工品が食べられるかどうかを「F. その他の配慮・管理事項」に、記載してください。
- (2) C. 原因食物に○が付いている場合においても、調味料・だし・添加物等除去対象としません。除去が必要な場合は「E. 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」に記載をお願いします。

2 コンタミネーション（微量混入）について

微量の混入でも重篤な症状がでる場合は、「F. その他の配慮・管理事項」にコンタミネーション（微量混入）について記載をお願いします。その場合、給食での対応はできません。

3 給食で使用しない食材について

学校給食でそば・ピーナッツ・くるみ・キウイフルーツ・いくらは使用しません（校外学習では使用の可能性があります）。C. 原因食物が給食で使用しない食材のみの場合は「学校生活上の留意点 A. 給食」欄は「1 管理不要」となります。ただし、微量の混入でも重篤な症状がでる場合は、「2 管理必要」とし、「F. その他の配慮・管理事項」にコンタミネーション（微量混入）について記載をお願いします。

4 大豆が原因食物の場合は、「C. 原因食物 除去根拠 11. その他 1」に記載をお願いします。

5 必要に応じ、保護者を通じて、学校からより詳細な情報等の追記を求められることもあります。その際の御協力もよろしくお願いいたします。

## 記入の仕方について

「C. 原因食物・除去根拠」に○が付いている食物については、完全除去とします。

医師のコメントで例えば「2.5ml まで摂取可能」とあり、家庭での喫食がある場合であっても、食物の分量による部分除去は行いません。

原因食物・除去根拠・診断根拠として重要な①明らかな症状の既往、②食物経口負荷試験陽性です。

③摂取可能であるにもかかわらず、血液検査陽性だけを根拠に原因食物の除去を指示することは適切ではありません。

④未摂取で除去が必要な食物がある場合のみ記入してください。

① 原因食物が、給食で使用しない食材のみの場合は、「学校生活上の留意点 A. 給食」は「管理不要」を選択してください。ただし、微量の混入でも重篤な症状がでる場合は、「2 管理必要」となります。

② 複数ある原因食物の内、管理不要の食物がある場合、その食物名を余白に御記入ください。

### 生活管理指導表（アレルギー疾患用）

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. アナフィラキシー側面（アナフィラキシーの既往）  
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・除去根拠 該当する食品の番号に○を記入し、かつ「F」内に除去根拠を記載  
1. 卵類 《 》  
2. 牛乳・乳製品 《 》  
3. 小麦 《 》  
4. ソバ 《 》  
5. ビーナツグ 《 》  
6. 甲殻類 《 》  
7. 木の葉類 《 》  
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  
1. 内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬）  
2. アドレナリン注射薬（「エピペン®」）  
3. その他

該当する数字に○を付けてください

「F. その他の配慮・管理事項」の記載について  
①卵の除去が必要な場合  
⇒加熱卵やマヨネーズ・アイスクリームなど十分には加熱されていない卵加工品が摂取可能か○をつける。  
②微量混入でも重篤な症状がでる場合 ⇒「そば微量混入不可」などと記入

大豆が原因食物の場合は、「C.原因食物除去根拠 11. その他1」に記載してください。

様式3

2 学校生活上の留意点

A. 給食  
1. 管理不要 2. 管理必要  
B. 食物・食材を扱う授業・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. 配慮不要 2. 管理必要  
E. 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  
※本欄に○が付いた場合、給食対応が困難となる場合があります。  
鶏卵・卵殻カルシウム  
牛乳・乳脂・乳清・乳糖・カルシウム  
小麦・餅・餅・味噌  
大豆・大豆油・醤油・味噌  
ゴマ・ゴマ油  
魚類・かつおだし・いりだし・魚鰯  
肉類・エキス  
F. その他の配慮・管理事項（自由記述）  
生卵 可・不可  
加熱卵 可・不可  
マヨネーズ 可・不可  
アイスクリーム 可・不可

主治医と異なる場合のみご記入ください。  
医療機関名：  
医師名：  
電話：  
記載日 年 月 日  
医師名  
医療機関名

③ 名前  
電話番号  
携帯番号  
同意します。  
署名

ここに記載されている食材は、極微量のアレルゲンが含有されている程度であり、症状誘発の原因となりにくいため基本的に除去する必要はありません。本欄に○がついた場合には給食対応が困難となりますので慎重に考慮ください。

～「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」について～

厚木市立小・中学校では、医師が記入する学校生活管理指導表（アレルギー疾患用、以下「管理指導表」と言う。）を基に、次のとおり食物アレルギー対応を行っております。

1 給食の除去対応について

厚木市立小・中学校においては、完全除去を基本とした対応を行います。  
⇒原因食材が卵、乳、小麦、えび、かにの場合は、可能な範囲で除去食対応を行います。それ以外の場合は提供しない（配膳をしない）対応となります。

2 完全除去を基本とした対応について

「C. 原因食物・除去根拠」に○が付いている食物については、完全除去を基本とします。  
医師のコメント（例えば25ml まで摂取可能、つなぎは摂取可能など）がある場合や、家庭で喫食している場合においても、以下3の場合を除き、食物の分量及び加熱による部分除去は行いません。  
例）飲用牛乳は×、調理用牛乳は○の場合⇒飲用、調理用ともに完全除去。  
例）生の果物は×、加工品（缶詰等）は○の場合⇒生食用、加工品ともに完全除去。

3 完全除去の例外対応等について

次の2項目については、食物アレルギーのある児童・生徒であっても基本的には摂取可能なことや、重症な食物アレルギーでなければ除去の必要がないことが確認できたことから、適切な栄養素の確保・生活の質の維持と併せて、調理上の負担の軽減を図るため、症状等に合わせて個別対応を行っています。  
※コンタミネーション（微量混入）でも重篤な症状が出る場合、管理指導表にその旨を医師に記入してもらうようお願いいたします。（学校給食は限られた調理スペースで、決められた時間内に大量の調理を衛生管理に注意しながら行うため、調理工程及び洗浄の際に微量混入の可能性があること、また食品加工工場等の製造過程で、微量混入の可能性も考えられることから、給食での対応は行わず、弁当の持参をお願いいたします。）

| 項目       | 内容                                                                                                                 | 管理指導表(アレルギー疾患用)<br>必要記載事項                                                              |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 鶏卵の取扱い   | 給食では、生卵は提供しません。鶏卵は加熱調理することで低アレルゲン化するため、 <u>生卵のみ食べられない場合は学校給食の対応はなし</u> となります。<br>加熱が不十分な加工品（マヨネーズ・アイスクリーム他）は使用します。 | 加熱卵やマヨネーズ・アイスクリームが食べられるかを医師に記入してもらってください。（生卵のみ食べられない場合には、「生卵のみ不可」と記入）                  |
| 調味料等の取扱い | 調味料は原則使用します。                                                                                                       | 重症児童で左欄の「個別対応する食品項目」の除去が必要な場合は、その旨を医師に記入してもらってください。その場合、学校給食では対応が難しいため、弁当の持参をお願いいたします。 |
|          | 原因食物                                                                                                               |                                                                                        |
|          | 個別対応する食品項目                                                                                                         |                                                                                        |
|          | 鶏卵                                                                                                                 |                                                                                        |
|          | 牛乳・乳製品                                                                                                             |                                                                                        |
|          | 小麦                                                                                                                 |                                                                                        |
|          | ゴマ                                                                                                                 |                                                                                        |
|          | 魚類                                                                                                                 |                                                                                        |
|          | 肉類                                                                                                                 |                                                                                        |
|          | 大豆                                                                                                                 |                                                                                        |
|          | トマト・りんご                                                                                                            |                                                                                        |
|          |                                                                                                                    |                                                                                        |

## 4 給食で使用しない食材について

厚木市立小・中学校の学校給食では「そば・ピーナッツ・くるみ・キウイフルーツ・いくら」は使用しません。

## 5 学校給食における対応について

給食で対応が必要な場合においては、学級全体で食物アレルギーに配慮した行動を目指すため、次のとおり対応を行います。なお、対応がある日には、栄養士、調理従事者（調理員、配膳員）、学級担任、本人で対応による確認を行い、誤食や配膳間違いを防ぐこととします。

|            |     |        |                                                                                                                                                   |
|------------|-----|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 学校給食における対応 | 対応A | 削除     | 削除                                                                                                                                                |
|            | 対応B | 一部弁当対応 | 詳細献立表を家庭に配布し、食べられない献立がある日については学級担任に報告の上、その献立の替わりとなるものを持参しても良いものとする。                                                                               |
|            | 対応C | 完全弁当対応 | 食物アレルギーにより食べられない献立が多い場合は、学校給食は申し込まず、毎日弁当を持参する。参考として通常献立表又は詳細献立表を配布することができる。                                                                       |
|            | 対応D | 除去食対応  | 詳細献立表を家庭に配布し、申請のあった原因食材（卵、乳、小麦、えび、かに）を除いた給食を別に作り、個別に提供する。また、おかわり禁止とし、原因食材以外の献立もおかわりができない。<br>中学校給食については、主食に卵、乳、小麦・大麦、えび、かにが含まれる場合は代替として原則白飯を提供する。 |

## 6 管理指導表の更新について

管理指導表は、原則毎年提出をお願いします。症状等に変化が無い場合や、給食で使用しない食材であっても医療機関の定期的な受診をお願いします。正しい診断には、検査等に日数を要する場合がありますので、早めの受診をお願いします。

## 7 その他の留意事項

管理指導表の記載内容が不足する場合は、詳細な情報等の追記を医師にお願いしていただくことや、厚木市医師会食物アレルギー相談医への受診をお勧めすることがあります。御承知おきください。

### <参考>完全除去に係るQ&A

- Q1 マヨネーズやアイスクリームは家庭でも食べていますが、食物アレルギーにより生卵のみ食べられません。どのような対応になりますか？
- A1 学校給食では、衛生管理の徹底を図るため、生卵は提供しませんので学校給食の対応は無しとなります。ただし、学校生活や校外学習で使用する場合がありますので、学校に相談をしてください。
- Q2 主治医から卵 25 グラムまで摂取可能と診断されています。量による対応はしてもらえるのですか？
- A2 厚木市立小・中学校では、事故防止のため、食物の分量による部分除去は行いません。管理指導表に記載がある場合でも、対応はできませんので御了承ください。
- Q3 重症な食物アレルギーで主治医から微量でも不可とされています。どのような対応になるのですか？
- A3 製造工程及び調理過程で混入する可能性があるため、管理指導表の「F. その他の配慮・管理事項」にコンタミ不可、同一工場、製造ライン使用による食品も不可との記載がある場合は、安全な給食提供が難しいため、ご家庭からお弁当を持参していただきます。

## 厚木市立学校給食で使用する食材について

様式 7

### ◇給食食材として使用する主な原因食物一覧

- ・給食で使用する食材には、卵、乳、小麦、豚・鶏肉、野菜、きのこ類などのほか、下表に記載する食物アレルギーの原因食物も含まれています。
- ・給食での対応をはじめ、授業・校外活動も含め、学校での配慮や管理が必要となる場合は、申請が必要となります。
- ・単独校とセンター受配校では使用する食材が異なります。
- ・そば・ピーナッツ・くるみ・キウイフルーツ・いくらを使用しません。
- ・チェック欄はご家庭で確認する際に使用してください。

#### 魚類 ， 魚卵 ， 甲殻類 ， 貝類 など

|                          | 種類      | 加工品類                          |
|--------------------------|---------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | いわし     | まいわし、かたくちいわし、きびなご             |
| <input type="checkbox"/> | じゃこ・しらす | 煮干し                           |
| <input type="checkbox"/> | さけ      | ちりめんじゃこ※たこ・いか・えび・かになどの幼生なども混入 |
| <input type="checkbox"/> | たら      | 鮭フレーク                         |
| <input type="checkbox"/> | まぐろ     | まだら、すけとうだら                    |
| <input type="checkbox"/> | あじ      | すり身、でんぶ、たらこ、明太子               |
| <input type="checkbox"/> | ししゃも    | ツナ缶                           |
| <input type="checkbox"/> | かれい     |                               |
| <input type="checkbox"/> | きす      |                               |
| <input type="checkbox"/> | メルルーサ   |                               |
| <input type="checkbox"/> | たちうお    |                               |
| <input type="checkbox"/> | さんま     |                               |
| <input type="checkbox"/> | めかじき    |                               |
| <input type="checkbox"/> | あかうお    |                               |
| <input type="checkbox"/> | ホキ      |                               |
| <input type="checkbox"/> | さば      | 真さば、ごまさば                      |
| <input type="checkbox"/> | かつお     | 和風だしの素、だしパック、かつお節、味付け海苔、ふりかけ  |
| <input type="checkbox"/> | あなご     |                               |
| <input type="checkbox"/> | しいら     |                               |
| <input type="checkbox"/> | さわら     |                               |
| <input type="checkbox"/> | ぶり      | 呼び名・地方名(ぶり・はまち・わらさ・いなだ)       |
| <input type="checkbox"/> | きんめだい   |                               |
| <input type="checkbox"/> | ほっけ     | 一夜干し                          |
| <input type="checkbox"/> | したびらめ   |                               |
| <input type="checkbox"/> | くじら     |                               |
| <input type="checkbox"/> | かます     |                               |

|                          | 種類        | 加工品類         |
|--------------------------|-----------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | たこ        | たこナゲット       |
| <input type="checkbox"/> | かに        | レトルト         |
| <input type="checkbox"/> | いか        |              |
| <input type="checkbox"/> | えび        | 干しえび、えびしゅうまい |
| <input type="checkbox"/> | シーフードミックス | (えび・いか・あさり)  |
| <input type="checkbox"/> | あさり       | 水煮、冷凍むき身     |
| <input type="checkbox"/> | ほたて       | レトルト貝柱水煮     |
| <input type="checkbox"/> | さくらえび     |              |

#### 【参考】加工品

|                          |       |
|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | はんぺん  |
| <input type="checkbox"/> | さつまあげ |
| <input type="checkbox"/> | ちくわ   |
| <input type="checkbox"/> | かまぼこ  |
| <input type="checkbox"/> | なると   |
| <input type="checkbox"/> | つみれ   |

※ 学期により、配合内容が異なります

#### 果物類

|     | 種類                       | 生                        | 加工品類                |
|-----|--------------------------|--------------------------|---------------------|
|     |                          |                          | 缶詰・ジャム・ゼリー・ジュース、果汁等 |
| バラ科 | <input type="checkbox"/> | うめ                       | ○                   |
|     | <input type="checkbox"/> | りんご                      | ○                   |
|     | <input type="checkbox"/> | もも<br>(白桃・黄桃)            | ○                   |
|     | <input type="checkbox"/> | ラズベリー                    | ○                   |
|     | <input type="checkbox"/> | なし                       | ○                   |
|     | <input type="checkbox"/> | さくらんぼ                    | ○                   |
|     | <input type="checkbox"/> | いちご                      | ○                   |
|     | <input type="checkbox"/> | あんず                      | ○                   |
| 柑橘類 | <input type="checkbox"/> | ゆず                       | ○                   |
|     | <input type="checkbox"/> | レモン                      | ○                   |
|     | <input type="checkbox"/> | オレンジ<br>(清見・バレンシア・ネーブル)  | ○                   |
|     | <input type="checkbox"/> | みかん                      | ○                   |
|     | <input type="checkbox"/> | グレープフルーツ                 | ○                   |
|     | <input type="checkbox"/> | かわちばんかん                  | ○                   |
|     | <input type="checkbox"/> | いよかん                     | ○                   |
|     | <input type="checkbox"/> | 湘南ゴールド                   | ○                   |
|     | <input type="checkbox"/> | ぼんかん                     | ○                   |
|     | <input type="checkbox"/> | あまなつ                     | ○                   |
|     | <input type="checkbox"/> | でこぼん                     | ○                   |
|     | <input type="checkbox"/> | ひゅうがなつ                   | ○                   |
| ウリ科 | <input type="checkbox"/> | メロン<br>(キンショー・プリンス・アンデス) | ○                   |
|     | <input type="checkbox"/> | すいか                      | ○                   |
|     | <input type="checkbox"/> | 小玉すいか                    | ○                   |
| その他 | <input type="checkbox"/> | ぶどう<br>(巨峰・デラウェア)        | ○                   |
|     | <input type="checkbox"/> | パイナップル                   | ○                   |
|     | <input type="checkbox"/> | バナナ                      | ○                   |
|     | <input type="checkbox"/> | ハスカップ                    | ○                   |
|     | <input type="checkbox"/> | ブルーベリー                   | ○                   |
|     | <input type="checkbox"/> | アセロラ                     | ○                   |

※ フルーツヨーグルトを使用する場合があります(いちご、洋なしなど)

#### 種実類 ・ 木の実類 ， 豆類

| 属                               | 名前                                                                                                                                                                                     | 加工品                                                                                                                                                       |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ササゲ    | <input type="checkbox"/> 小豆<br><input type="checkbox"/> ささげ<br><input type="checkbox"/> 緑豆<br><input type="checkbox"/> ケツルマメ(ブラックマッペ)                                                  | <input type="checkbox"/> あんこ <input type="checkbox"/> 甘納豆(小豆)<br><input type="checkbox"/> 春雨 <input type="checkbox"/> もやし<br><input type="checkbox"/> もやし |
| <input type="checkbox"/> インゲンマメ | <input type="checkbox"/> いんげん豆<br><input type="checkbox"/> 白・赤(レッドビーンズ・金時豆)<br><input type="checkbox"/> うずら豆<br><input type="checkbox"/> さやいんげん<br><input type="checkbox"/> 花豆(花いんげん豆) | <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> ピューレ                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> ソラマメ   | <input type="checkbox"/> そら豆                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 豆板醤                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> エンドウ   | <input type="checkbox"/> さやえんどう<br><input type="checkbox"/> 赤えんどう豆<br><input type="checkbox"/> グリンピース<br><input type="checkbox"/> スナップえんどう                                             |                                                                                                                                                           |

|                          |                                |
|--------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ごま(黒ごま、白ごま、すりごま、炒りごま、練りごま、ごま油) |
| <input type="checkbox"/> | オリーブ(オリーブ油)                    |
| <input type="checkbox"/> | ココア                            |
| <input type="checkbox"/> | くり                             |
| <input type="checkbox"/> | ココナッツ(ミルク、パウダー)、ナタデココ          |

| 属                              | 名前                                                         | 加工品                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ヒヨコマメ | <input type="checkbox"/> ひよこ豆(エジプト豆)                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> ヒラマメ  | <input type="checkbox"/> レンズ豆                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> ダイズ   | <input type="checkbox"/> 大豆<br><input type="checkbox"/> 枝豆 | <input type="checkbox"/> 豆乳 <input type="checkbox"/> 大豆もやし<br><input type="checkbox"/> おから <input type="checkbox"/> 豆腐<br><input type="checkbox"/> 打ち豆 <input type="checkbox"/> 生揚げ<br><input type="checkbox"/> きな粉 <input type="checkbox"/> 大豆フレーク<br><input type="checkbox"/> 納豆 <input type="checkbox"/> がんもどき<br><input type="checkbox"/> 油揚げ <input type="checkbox"/> 大豆油<br><input type="checkbox"/> みそ <input type="checkbox"/> 高野豆腐<br><input type="checkbox"/> 福豆 <input type="checkbox"/> 黒大豆 |

令和 年 月 日

アレルギー対応児童保護者の皆様

厚木市教育委員会

## 食物アレルギー対応に向けた面談実施について

日頃から、学校給食に御理解、御協力をいただきましてありがとうございます。

学校給食でのアレルギー対応実施に当たっては、毎年、関係書類の提出をお願いし、面談において対応内容を決定しているところです。

つきましては、来年度に向けた面談について、次のとおりお知らせいたします。

## 1 提出書類について

面談の際に、提出をお願いする書類は次のとおりです。①～②の書式は、学校に用意しておりますので、お申し出ください。

なお、原因食物が給食で使用しない食材の場合や完全弁当の場合は、変更があった場合にのみ、お申し出ください。

## ① 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用、以下「管理指導表」という。）

管理指導表は、医療機関を受診し医師に記入をいただく書類です。医師記入後、同意欄に御署名ください。検査の結果が出るまでに日数を要する場合がありますので、早めの受診をお願いいたします。

## ② 食物アレルギー面談票

## 2 面談の時期

新年度になって早々に開始する給食において、提出していただいた管理指導表の内容に沿った対応をするために、前年度中に面談を実施させていただきます。担任等が変わる場合もあり、新年度に再度の面談をお願いする場合がありますが、御了承ください。

面談の日程については、時期が近づきましたら学校からお知らせいたします。

## 3 厚木市では次の内容で、アレルギー対応を実施していますので、御了承ください。

- (1) 学校は、保護者から管理指導表が提出され、学校での対応が必要な場合には、毎月、給食で使用する調味料・加工品等の原材料表や全ての食材が明記された詳細献立表、食物アレルギー対応実施予定表をお渡しします。必ず御家庭でお子様と一緒に確認の上、御返送いただき、児童への注意喚起をお願いいたします。
- (2) 給食時には、担任と児童が 1 食分配膳された給食と食物アレルギー対応実施予定表を照合して対応内容の確認をします。

なお、厚木市の学校給食では、完全除去を基本としています。また、コンタミネーション(微量混入)、調味料の使用が制限される場合は学校給食では対応できません。

- (3) 市立小・中学校の学校給食では「そば・ピーナッツ・くるみ・キウイフルーツ・いくら」を使用しません。
- (4) 一部喫食しない食材がある場合でも、給食費相当額の給付対象にはなりません。
- (5) 除去食対応は、「卵、乳、小麦、えび、かに」について実施いたします。原因食物の異なる児童が複数いる場合は、それぞれの児童の原因食物に対応した除去食を各々調理するのではなく、該当する原因食物を全て除去した1献立の除去食とします。例えば、八宝菜で「えび」を除去する児童と「鶏卵」を除去する児童がいる場合、「えび」と「鶏卵」を抜いた1献立の除去食とします。
- (6) 対応が必要な児童については、対応日は配膳後の量の調整が禁止となります。量については配膳の段階で配慮いたします。  
食物アレルギー対応がない日には、配膳後の量の調整は可能です。

#### 4 その他

給食では納品等の都合により対応内容を変更する場合があります。

なお、学校においては給食以外でも、食物を摂取したり、接触したりする場合がありますので、食物アレルギーがあり、学校に特別な配慮を求める場合は、上記1の書類を必ず提出くださるようお願いいたします。(例：調理実習、遠足・校外学習、宿泊行事)

#### 5 問合せ先

厚木市教育委員会教育部 学校給食課給食企画係      電話 046-225-2668

令和 年 月 日

アレルギー対応生徒保護者の皆様

厚木市教育委員会

## 食物アレルギー対応に向けた面談実施について

日頃から、学校給食に御理解、御協力をいただきましてありがとうございます。

学校給食でのアレルギー対応実施に当たっては、毎年、関係書類の提出をお願いし、面談において対応内容を決定しているところです。

つきましては、来年度に向けた面談について、次のとおりお知らせいたします。

## 1 提出書類について

面談の際に、提出をお願いする書類は次のとおりです。①～②の書式は、学校に用意しておりますので、お申し出ください。

なお、原因食物が給食で使用しない食材の場合や完全弁当の場合は、変更があった場合にのみ、お申し出ください。

## ① 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用、以下「管理指導表」という。）

管理指導表は、医療機関を受診し医師に記入をいただく書類です。医師記入後、同意欄に御署名ください。検査の結果が出るまでに日数を要する場合がありますので、早めの受診をお願いいたします。

## ② 食物アレルギー面談票

## 2 面談の時期

新年度になって早々に開始する給食において、提出していただいた管理指導表の内容に沿った対応をするために、前年度中に面談を実施させていただきます。担任等が変わる場合もあり、新年度に再度の面談をお願いする場合がありますが、御了承ください。

面談の日程については、時期が近づきましたら学校からお知らせいたします。

## 3 厚木市では次の内容で、アレルギー対応を実施していますので、御了承ください。

- (1) 学校は、保護者から管理指導表が提出され、学校での対応が必要な場合には、毎月、給食で使用する調味料・加工品等の原材料表や全ての食材が明記された詳細献立表、食物アレルギー対応実施予定表をお渡しします。必ず御家庭でお子様と一緒に確認の上、御返送いただき、生徒への注意喚起をお願いします。
- (2) 給食時には担任と生徒が 1 食分配膳された給食と食物アレルギー対応実施予定表を照合して対応内容の確認をします。

なお、厚木市の学校給食では、完全除去を基本としています。また、コンタミネーション(微量混入)、調味料の使用が制限される場合は学校給食では対応できません。

- (3) 市立小・中学校の学校給食では「そば・ピーナッツ・くるみ・キウイフルーツ・いくら」を使用しません。
- (4) 一部喫食しない食材がある場合でも、給食費相当額の給付対象にはなりません。
- (5) 除去食対応は、「卵、乳、小麦、えび、かに」について実施いたします。原因食物の異なる生徒が複数いる場合は、それぞれの生徒の原因食物に対応した除去食を各々調理するのではなく、該当する原因食物を全て除去した1献立の除去食とします。例えば、八宝菜で「えび」を除去する生徒と「鶏卵」を除去する生徒がいる場合、「えび」と「鶏卵」を抜いた1献立の除去食とします。
- (6) 対応が必要な生徒については、対応日は配膳後の量の調整が禁止となります。量については配膳の段階で配慮いたします。  
食物アレルギー対応がない日には、配膳後の量の調整は可能です。

#### 4 その他

給食では納品等の都合により対応内容を変更する場合があります。

なお、学校生活においては給食以外でも、食物を摂取したり、接触したりする場合がありますので、食物アレルギーがあり、学校に特別な配慮を求める場合は、上記1の書類を必ず提出くださるようお願いいたします。(例：調理実習、遠足・校外学習、宿泊行事)

#### 5 問合せ先

厚木市教育委員会教育部 学校給食課給食企画係      電話 046-225-2668

年 月 日

年 組 保護者 様

厚木市立 学校  
校長

食物アレルギーに関する個人面談について（ 継続 ・ 新規 ）

日頃から、学校保健・学校給食に御理解、御協力をいただきましてありがとうございます。

厚木市立小・中学校では、お子様の食物アレルギー疾患については、提出書類の内容に基づき、保護者様との面談、学校の状況なども考慮して年度ごとの対応を決定させていただいております。

つきましては、次のとおり面談を実施いたしますので、お知らせいたします。

## 1 面談予定日

\_\_\_\_月 \_\_\_\_日（ \_\_\_\_ ） 午前 ・ 午後 \_\_\_\_時 \_\_\_\_分頃

## 2 提出書類

- (1) 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用） 医師が記載、保護者署名欄は保護者記入
- (2) 食物アレルギー面談票 家庭で一部記載

※書式がない場合は、学校からお渡しいたしますので、事前にお申し出ください。

※ 上記の日程で都合が悪い場合は、 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日（ \_\_\_\_ ）までに学校へ連絡をお願いいたします。調整の上面談日を決定し、御連絡いたします。

## 食物アレルギー面談チェックリスト

### ＜用意する書式＞

- ☐ 食物アレルギーに係る調査表（様式 2）
- ☐ 学校生活管理指導表（様式 3）
- ☐ 食物アレルギー面談票（様式 4）

### ＜面談出席者＞

- ・管理職                      ・養護教諭
- ・学級担任
- ・栄養教諭／学校栄養職員
- ・学年主任                  ・給食担当    など

食物アレルギー面談票に従って面談を行う。

### 1 緊急連絡先

### 2 原因食品と症状

- ☐ アレルギーの初発の時期、その際の状況や症状について
- ☐ 調味料類・だしの使用について（大豆、小麦、魚介類などの場合）
- ☐ 加熱の有無や加熱時間について（卵などの場合）
- ☐ 海藻類の使用について（甲殻類などの場合）
- ☐ 重度のアレルギーの場合は除去食の対応ができないことの確認

### 3 家庭での食事・外食・おやつについての除去方法

- ☐ 外食・おやつについての除去方法
- ☐ 完全除去か、部分除去（部分解除）なのか確認
- ☐ 家庭での調理について（鍋などの調理器具の扱い、揚げ油）
- ☐ 外食時、おやつなどで気を付けていること
- ☐ 誤食の有無、あればその時の状況と対応について
- ☐ 幼稚園や保育園での対応について（中学校：小学校での対応について）
- ☐ 初めて食べる食品が給食で使用されるときは、事前に家庭で喫食して、症状がないことを確認するようお願いする。

### 4 アナフィラキシーショックの経験の有無

### 5 主治医／薬剤

### 6 エピペンの使用時の留意事項

### 7 学校給食における対応内容

- ☐ 対応 B～D について確認
- ☐ 詳細献立・加工品の配合表の必要の有無
- ☐ 給食室内の調理について
  - ：除去食専用の部屋はないのでほかの料理の原材料の混入が起こる可能性がある。
  - ：揚げ油の複数回使用する
  - ：スチームコンベクションオープンでは対流が発生し、ほかの材料が混ざる可能性がある。

：調味料類については微量に含まれる成分がある。

☐ コンタミネーションは、基本的に表記はしない。

☐ 除去食について

：一つの料理について複数の除去食を作成しないため、該当アレルゲン以外の食品も除去されることがある。

#### 8 学校生活における留意点

☐ アレルゲンを含む食品の容器等の使用について（図工や生活などでの使用）

☐ 給食当番の仕事分担について（アレルゲンを含む献立は別の仕事にするなど）

☐ 配膳・下膳の際の留意点

☐ 対応日に配膳後の量の調整はしないこととする。

☐ 掃除の際の留意点

☐ クラスのほかの子どもへアレルギーについて周知することを伝える。

#### 9 緊急時の対応

☐ ほかの似たような食品でアレルギー症状が出た場合に、エピペンを使用して良いかを確認する。

#### 10 エピペンの管理方法等

☐ 本数の確認

#### 11 教職員間の情報共有についての同意（保護者署名）

#### 12 面談後：アレルギー対応委員会での決定内容について

→後日、対応決定の写しを保護者に送付する。

#### 【その他の確認事項】

☐ 給食の申込みについて（完全弁当は給食なしで申込み。食事のみ（牛乳なし）、牛乳のみ（食事なし））

☐ 食物アレルギー対応実施予定表のやりとりについて

：通常献立表又は詳細献立表、食物アレルギー対応実施予定表の内容確認（食物アレルギー対応実施予定表に対しての返信期日）

：詳細献立表の一人分量は目安量であり、配食の具合などによって一人当たりの量は増減することの確認。

☐ 除去食の場合、必要栄養量の確保が難しくなるため、家庭で補うように伝える。



## 資料12-(1)

▲は調味料等の為、完全除去の例外対応となります。

|                                          |             |          |                                                                                                     |  |  |  |           |   |   |     |      |     |    |    |
|------------------------------------------|-------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-----------|---|---|-----|------|-----|----|----|
| 10月19日 水                                 |             |          |                                                                                                     |  |  |  |           |   |   |     |      |     |    |    |
| ごはん /牛乳<br>味噌汁<br>こんにやくのおかか煮<br>しいらの香味揚げ |             |          |                                                                                                     |  |  |  |           |   |   |     |      |     |    |    |
| 見本                                       |             |          |                                                                                                     |  |  |  |           |   |   |     |      |     |    |    |
| ▲は調味料等の為、完全除去の例外対応となります。                 |             |          |                                                                                                     |  |  |  |           |   |   |     |      |     |    |    |
| 材 料 名                                    |             | 1人分<br>g | 原 料 名                                                                                               |  |  |  | ア レ ル ゲ ン |   |   |     |      |     |    |    |
|                                          |             |          |                                                                                                     |  |  |  | 小麦        | 卵 | 乳 | 種実類 | 大豆   | 魚介類 | 肉類 | 果物 |
| ごはん(米70g)                                |             | 1 こ      | 神奈川県産米、他県産米                                                                                         |  |  |  |           |   |   |     |      |     |    |    |
| ごはん(米90g)                                |             | 1 こ      | 神奈川県産米、他県産米                                                                                         |  |  |  |           |   |   |     |      |     |    |    |
|                                          |             |          |                                                                                                     |  |  |  |           |   |   |     |      |     |    |    |
| 牛乳(200ml)                                |             | 1 本      | 牛乳                                                                                                  |  |  |  |           |   | 乳 |     |      |     |    |    |
| 味噌汁                                      | 水           |          |                                                                                                     |  |  |  |           |   |   |     |      |     |    |    |
|                                          | たまねぎ        | 20       | たまねぎ                                                                                                |  |  |  |           |   |   |     |      |     |    |    |
|                                          | 生揚げ 250g    | 20       | 大豆、食用植物油(菜種油、大豆油)、凝固剤、消泡剤、水                                                                         |  |  |  |           |   |   |     | 大豆   |     |    |    |
|                                          | えのきたけ       | 10       | えのきたけ                                                                                               |  |  |  |           |   |   |     |      |     |    |    |
|                                          | 赤みそ         | 4.2      | 1kg入り:大豆、米、食塩、酒精、ビタミンB2 10kg入り:大豆、米、食塩、酒精、ビタミンB2 20kg入り:大豆、米、食塩、酒精、ビタミンB2【1kg、10kg、20kg入りを併用します】    |  |  |  |           |   |   |     | ▲大豆  |     |    |    |
|                                          | 白みそ         | 4.2      | 1kg入り:大豆、米、食塩、酒精、ビタミンB2 10kg入り:大豆、米、食塩、酒精、ビタミンB2 20kg入り:大豆、米、食塩、酒精、ビタミンB2【1kg、10kg、20kg入りを併用します】    |  |  |  |           |   |   |     | ▲大豆  |     |    |    |
|                                          | 和風だしの素      | 1        | 風味原料(かつお節粉末、かつお節エキス、こんぶ粉末、こんぶエキス、しいたけエキス)、砂糖、麦芽糖、デキストリン、酵母エキス、かつおパウダー、乳酸発酵酵母エキス、米油                  |  |  |  |           |   |   |     | ▲かつお |     |    |    |
|                                          | 焼きふ         | 1.5      | 小麦粉、小麦たんぱく                                                                                          |  |  |  | 小麦        |   |   |     |      |     |    |    |
|                                          | こまつな        | 10       | こまつな                                                                                                |  |  |  |           |   |   |     |      |     |    |    |
|                                          |             |          |                                                                                                     |  |  |  |           |   |   |     |      |     |    |    |
| こんにやくのおかか煮                               | サラダ油        | 0.5      | 食用大豆油、食用なたね油                                                                                        |  |  |  |           |   |   |     | ▲大豆  |     |    |    |
|                                          | にんじん        | 10       | にんじん                                                                                                |  |  |  |           |   |   |     |      |     |    |    |
|                                          | 鶏肉(むね・こま)   | 5        | 鶏肉                                                                                                  |  |  |  |           |   |   |     |      |     | 鶏  |    |
|                                          | 角こんにやく      | 30       | こんにやく製粉、海藻粉、水酸化カルシウム                                                                                |  |  |  |           |   |   |     |      |     |    |    |
|                                          | 焼きちくわ       | 7        | 魚肉(スケソウ)、でん粉(馬鈴薯)、ぶどう糖、砂糖、サフラワー油、米発酵調味液、食塩、大豆油、加水                                                   |  |  |  |           |   |   |     | ▲大豆  | たら  |    |    |
|                                          | 和風だしの素      | 0.4      | 風味原料(かつお節粉末、かつお節エキス、こんぶ粉末、こんぶエキス、しいたけエキス)、砂糖、麦芽糖、デキストリン、酵母エキス、かつおパウダー、乳酸発酵酵母エキス、米油                  |  |  |  |           |   |   |     | ▲かつお |     |    |    |
|                                          | 砂糖          | 1.4      | 1kg入り:原料糖(さとうきび、てん菜) 30kg入り:原料糖(さとうきび、てん菜) 【通常30kg入りを使用します。学期末などは在庫調整のため、1kg入りを使用します】               |  |  |  |           |   |   |     |      |     |    |    |
|                                          | しょうゆ        | 1.7      | 1.8L:大豆(脱脂加工)、小麦、食塩(天日塩)、アルコール 18L缶:脱脂加工大豆、小麦、食塩、大豆、アルコール、水 【通常18L缶を使用します。学期末などは在庫調整のため、1.8Lを使用します】 |  |  |  | ▲小麦       |   |   |     | ▲大豆  |     |    |    |
|                                          | かつお削り節 500g | 0.6      | かつおのふし                                                                                              |  |  |  |           |   |   |     |      | かつお |    |    |
|                                          |             |          |                                                                                                     |  |  |  |           |   |   |     |      |     |    |    |
| しいらの香味揚げ                                 | 澱粉付しいら 50g  | 1 こ      | シイラ、澱粉(コーンスターチ)                                                                                     |  |  |  |           |   |   |     |      | シイラ |    |    |
|                                          | 大豆白絞油       | 5        | 食用大豆油、シリコーン                                                                                         |  |  |  |           |   |   |     | ▲大豆  |     |    |    |
|                                          | 根しょうが       | 0.3      | 根しょうが <sup>※</sup>                                                                                  |  |  |  |           |   |   |     |      |     |    |    |
|                                          | にんにく        | 0.3      | にんにく                                                                                                |  |  |  |           |   |   |     |      |     |    |    |
|                                          | 長ねぎ         | 5        | 長ねぎ                                                                                                 |  |  |  |           |   |   |     |      |     |    |    |
|                                          | しょうゆ        | 3.2      | 1.8L:大豆(脱脂加工)、小麦、食塩(天日塩)、アルコール 18L缶:脱脂加工大豆、小麦、食塩、大豆、アルコール、水 【通常18L缶を使用します。学期末などは在庫調整のため、1.8Lを使用します】 |  |  |  | ▲小麦       |   |   |     | ▲大豆  |     |    |    |
|                                          | 砂糖          | 2        | 1kg入り:原料糖(さとうきび、てん菜) 30kg入り:原料糖(さとうきび、てん菜) 【通常30kg入りを使用します。学期末などは在庫調整のため、1kg入りを使用します】               |  |  |  |           |   |   |     |      |     |    |    |
|                                          | 水           | 3.5      |                                                                                                     |  |  |  |           |   |   |     |      |     |    |    |
|                                          |             |          |                                                                                                     |  |  |  |           |   |   |     |      |     |    |    |
|                                          |             |          |                                                                                                     |  |  |  |           |   |   |     |      |     |    |    |

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

様式13(1)センター校版

年 月分

| No. | クラス | 氏名 |
|-----|-----|----|
|     |     |    |

さん

|       |
|-------|
| アレルギー |
|       |

|    |
|----|
| 校長 |
|    |

|           |   |              |
|-----------|---|--------------|
| 対応<br>レベル | B | 一部弁当対応・配膳しない |
|           | C | 完全弁当対応       |
|           | D | 除去食対応        |

[illegible]

様式13(2)单独校版

学校

年 月分

御確認の上、「保護者」欄に押印またはサインをお願いします。  
「配膳しない」時には、「家庭からの持参」の欄に○・×をご記入ください。

[illegible]

## 食物アレルギー対応解除申請書

(あて先) 厚木市立 学校長

令和 年 月 日

学校生活管理指導表で除去していた（食物名： ）  
に関して、医師の指導のもと、これまでに複数回家庭での飲食において症状が  
誘発されていないので、学校給食における完全解除をお願いします。

|           |         |
|-----------|---------|
| 学校名       | 厚木市立 学校 |
| 児童・生徒名    |         |
| 学年・組      | 年 組     |
| 生年月日      |         |
| 指導を受けた病院名 |         |
| 医師名       |         |

保護者氏名

## 《学校記載欄》

申請書受領日 令和 年 月 日

給食解除開始日 令和 年 月 日

学校給食に関する事故報告事項

様式15

食物アレルギー事故用

学校名(施設名)

| No.        | 項目                                                                                                                                                                                                                            | 内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                     |             |                  |               |       |                                                                                                                                                                                    |  |  |        |                                                                                                                                                                                                                               |                                 |  |        |                                                                                        |                                                                                                            |                                                                             |            |  |                                                                    |                                                                                                                     |       |  |                                                                                                           |                                                                                                         |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------|---------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--|--------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------|--|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1          | 発生日時                                                                                                                                                                                                                          | 年 月 日 ( ) 時 分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                     |             |                  |               |       |                                                                                                                                                                                    |  |  |        |                                                                                                                                                                                                                               |                                 |  |        |                                                                                        |                                                                                                            |                                                                             |            |  |                                                                    |                                                                                                                     |       |  |                                                                                                           |                                                                                                         |
| 2          | 報告者氏名                                                                                                                                                                                                                         | 氏名:<br>役職:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                     |             |                  |               |       |                                                                                                                                                                                    |  |  |        |                                                                                                                                                                                                                               |                                 |  |        |                                                                                        |                                                                                                            |                                                                             |            |  |                                                                    |                                                                                                                     |       |  |                                                                                                           |                                                                                                         |
| 3          | 児童・生徒名<br>学年・組・性別                                                                                                                                                                                                             | 年 組 男・女                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                     |             |                  |               |       |                                                                                                                                                                                    |  |  |        |                                                                                                                                                                                                                               |                                 |  |        |                                                                                        |                                                                                                            |                                                                             |            |  |                                                                    |                                                                                                                     |       |  |                                                                                                           |                                                                                                         |
| 4          | 担任教諭及び<br>養護教諭氏名                                                                                                                                                                                                              | 担任教諭:<br>養護教諭:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                     |             |                  |               |       |                                                                                                                                                                                    |  |  |        |                                                                                                                                                                                                                               |                                 |  |        |                                                                                        |                                                                                                            |                                                                             |            |  |                                                                    |                                                                                                                     |       |  |                                                                                                           |                                                                                                         |
| 5          | 症状及び<br>確認者                                                                                                                                                                                                                   | <p>確認者:<br/>症状 有 ・ 無 (詳しい症状: )<br/>給食後の運動 有 ・ 無</p> <table border="1"> <tr> <th>症状の程度</th><th>重い(救急搬送すべき)</th><th>中程度(速やかに医療機関を受診)</th><th>軽い(安静にし、経過観察)</th></tr> <tr> <td>全身の症状</td><td> <input type="checkbox"/> ぐったり<br/> <input type="checkbox"/> 意識もうろう<br/> <input type="checkbox"/> 尿や便をもらす<br/> <input type="checkbox"/> 脈が触れにくいまたは不規則<br/> <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い                 </td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>呼吸器の症状</td><td> <input type="checkbox"/> のどや胸が締め付けられる<br/> <input type="checkbox"/> 声がかすれる<br/> <input type="checkbox"/> 犬が吠えるような咳<br/> <input type="checkbox"/> 息がしにくい<br/> <input type="checkbox"/> 持続する強い咳き込み<br/> <input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸                 </td><td> <input type="checkbox"/> 数回の軽い咳                 </td><td></td></tr> <tr> <td>消化器の症状</td><td> <input type="checkbox"/> 持続する強い (がまんできない) おなかの痛み<br/> <input type="checkbox"/> 繰り返し吐き続ける                 </td><td> <input type="checkbox"/> 中程度のお腹の痛み<br/> <input type="checkbox"/> 1～2回の嘔吐<br/> <input type="checkbox"/> 1～2回の下痢                 </td><td> <input type="checkbox"/> 軽い (がまんできる) おなかの痛み<br/> <input type="checkbox"/> 吐き気                 </td></tr> <tr> <td>目・口・鼻・顔の症状</td><td></td><td> <input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ<br/> <input type="checkbox"/> まぶたの腫れ                 </td><td> <input type="checkbox"/> 目のかゆみ、充血<br/> <input type="checkbox"/> 口の中の違和感、唇の腫れ<br/> <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、鼻づまり                 </td></tr> <tr> <td>皮膚の症状</td><td></td><td> <input type="checkbox"/> 強いかゆみ<br/> <input type="checkbox"/> 全身に広がるじんましん<br/> <input type="checkbox"/> 全身が真っ赤                 </td><td> <input type="checkbox"/> 軽度のかゆみ<br/> <input type="checkbox"/> 数個のじんましん<br/> <input type="checkbox"/> 部分的な赤み                 </td></tr> </table> | 症状の程度                                                                                                               | 重い(救急搬送すべき) | 中程度(速やかに医療機関を受診) | 軽い(安静にし、経過観察) | 全身の症状 | <input type="checkbox"/> ぐったり<br><input type="checkbox"/> 意識もうろう<br><input type="checkbox"/> 尿や便をもらす<br><input type="checkbox"/> 脈が触れにくいまたは不規則<br><input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い |  |  | 呼吸器の症状 | <input type="checkbox"/> のどや胸が締め付けられる<br><input type="checkbox"/> 声がかすれる<br><input type="checkbox"/> 犬が吠えるような咳<br><input type="checkbox"/> 息がしにくい<br><input type="checkbox"/> 持続する強い咳き込み<br><input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸 | <input type="checkbox"/> 数回の軽い咳 |  | 消化器の症状 | <input type="checkbox"/> 持続する強い (がまんできない) おなかの痛み<br><input type="checkbox"/> 繰り返し吐き続ける | <input type="checkbox"/> 中程度のお腹の痛み<br><input type="checkbox"/> 1～2回の嘔吐<br><input type="checkbox"/> 1～2回の下痢 | <input type="checkbox"/> 軽い (がまんできる) おなかの痛み<br><input type="checkbox"/> 吐き気 | 目・口・鼻・顔の症状 |  | <input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ<br><input type="checkbox"/> まぶたの腫れ | <input type="checkbox"/> 目のかゆみ、充血<br><input type="checkbox"/> 口の中の違和感、唇の腫れ<br><input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、鼻づまり | 皮膚の症状 |  | <input type="checkbox"/> 強いかゆみ<br><input type="checkbox"/> 全身に広がるじんましん<br><input type="checkbox"/> 全身が真っ赤 | <input type="checkbox"/> 軽度のかゆみ<br><input type="checkbox"/> 数個のじんましん<br><input type="checkbox"/> 部分的な赤み |
| 症状の程度      | 重い(救急搬送すべき)                                                                                                                                                                                                                   | 中程度(速やかに医療機関を受診)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 軽い(安静にし、経過観察)                                                                                                       |             |                  |               |       |                                                                                                                                                                                    |  |  |        |                                                                                                                                                                                                                               |                                 |  |        |                                                                                        |                                                                                                            |                                                                             |            |  |                                                                    |                                                                                                                     |       |  |                                                                                                           |                                                                                                         |
| 全身の症状      | <input type="checkbox"/> ぐったり<br><input type="checkbox"/> 意識もうろう<br><input type="checkbox"/> 尿や便をもらす<br><input type="checkbox"/> 脈が触れにくいまたは不規則<br><input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |             |                  |               |       |                                                                                                                                                                                    |  |  |        |                                                                                                                                                                                                                               |                                 |  |        |                                                                                        |                                                                                                            |                                                                             |            |  |                                                                    |                                                                                                                     |       |  |                                                                                                           |                                                                                                         |
| 呼吸器の症状     | <input type="checkbox"/> のどや胸が締め付けられる<br><input type="checkbox"/> 声がかすれる<br><input type="checkbox"/> 犬が吠えるような咳<br><input type="checkbox"/> 息がしにくい<br><input type="checkbox"/> 持続する強い咳き込み<br><input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸 | <input type="checkbox"/> 数回の軽い咳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |             |                  |               |       |                                                                                                                                                                                    |  |  |        |                                                                                                                                                                                                                               |                                 |  |        |                                                                                        |                                                                                                            |                                                                             |            |  |                                                                    |                                                                                                                     |       |  |                                                                                                           |                                                                                                         |
| 消化器の症状     | <input type="checkbox"/> 持続する強い (がまんできない) おなかの痛み<br><input type="checkbox"/> 繰り返し吐き続ける                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 中程度のお腹の痛み<br><input type="checkbox"/> 1～2回の嘔吐<br><input type="checkbox"/> 1～2回の下痢                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 軽い (がまんできる) おなかの痛み<br><input type="checkbox"/> 吐き気                                         |             |                  |               |       |                                                                                                                                                                                    |  |  |        |                                                                                                                                                                                                                               |                                 |  |        |                                                                                        |                                                                                                            |                                                                             |            |  |                                                                    |                                                                                                                     |       |  |                                                                                                           |                                                                                                         |
| 目・口・鼻・顔の症状 |                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ<br><input type="checkbox"/> まぶたの腫れ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 目のかゆみ、充血<br><input type="checkbox"/> 口の中の違和感、唇の腫れ<br><input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、鼻づまり |             |                  |               |       |                                                                                                                                                                                    |  |  |        |                                                                                                                                                                                                                               |                                 |  |        |                                                                                        |                                                                                                            |                                                                             |            |  |                                                                    |                                                                                                                     |       |  |                                                                                                           |                                                                                                         |
| 皮膚の症状      |                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 強いかゆみ<br><input type="checkbox"/> 全身に広がるじんましん<br><input type="checkbox"/> 全身が真っ赤                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 軽度のかゆみ<br><input type="checkbox"/> 数個のじんましん<br><input type="checkbox"/> 部分的な赤み             |             |                  |               |       |                                                                                                                                                                                    |  |  |        |                                                                                                                                                                                                                               |                                 |  |        |                                                                                        |                                                                                                            |                                                                             |            |  |                                                                    |                                                                                                                     |       |  |                                                                                                           |                                                                                                         |
| 6          | 献立名                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |             |                  |               |       |                                                                                                                                                                                    |  |  |        |                                                                                                                                                                                                                               |                                 |  |        |                                                                                        |                                                                                                            |                                                                             |            |  |                                                                    |                                                                                                                     |       |  |                                                                                                           |                                                                                                         |
| 7          | 原因と思われる<br>食品名                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |             |                  |               |       |                                                                                                                                                                                    |  |  |        |                                                                                                                                                                                                                               |                                 |  |        |                                                                                        |                                                                                                            |                                                                             |            |  |                                                                    |                                                                                                                     |       |  |                                                                                                           |                                                                                                         |
| 8          | 喫食量                                                                                                                                                                                                                           | 一口程度 ・ 半分位 ・ 全部                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |             |                  |               |       |                                                                                                                                                                                    |  |  |        |                                                                                                                                                                                                                               |                                 |  |        |                                                                                        |                                                                                                            |                                                                             |            |  |                                                                    |                                                                                                                     |       |  |                                                                                                           |                                                                                                         |

| 9  | 食物アレルギー<br>面談票等の記載                         | 有(原因食材: )・無<br>管理指導票: 有・無<br>給食での対応: 有・無<br>対応B 一部弁当対応<br>対応C 完全弁当対応<br>対応D 除去食対応(単独調理場のみ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |    |    |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |
|----|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----|----|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|
| 10 | 発生時の状況<br>(児童・生徒の<br>状況)                   | <table border="1"> <thead> <tr> <th>時刻</th> <th>状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>:</td><td></td></tr> <tr><td>:</td><td></td></tr> <tr><td>:</td><td></td></tr> <tr><td>:</td><td></td></tr> <tr><td>:</td><td></td></tr> <tr><td>:</td><td></td></tr> <tr><td>:</td><td></td></tr> <tr><td>:</td><td></td></tr> <tr><td>:</td><td></td></tr> <tr><td>:</td><td></td></tr> </tbody> </table>                                                                                                                |  | 時刻 | 状況 | : |  | : |  | : |  | : |  | : |  | : |  | : |  | : |  | : |  | : |  |
| 時刻 | 状況                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |    |    |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |
| :  |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |    |    |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |
| :  |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |    |    |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |
| :  |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |    |    |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |
| :  |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |    |    |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |
| :  |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |    |    |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |
| :  |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |    |    |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |
| :  |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |    |    |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |
| :  |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |    |    |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |
| :  |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |    |    |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |
| :  |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |    |    |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |
| 11 | 対応状況<br>(対応した職員<br>及び<br>対応を判断した<br>職員の氏名) | 対応判断: 校長・教頭・養護教諭・その他( )<br>・ 内服薬の使用 (薬品名: )<br>・ エピペンの所持: 有・無<br>・ エピペンの使用: 有・無<br>・ その他の対応:<br>・ 対応状況(時系列)<br><table border="1"> <thead> <tr> <th>時刻</th> <th>状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>:</td><td></td></tr> <tr><td>:</td><td></td></tr> <tr><td>:</td><td></td></tr> <tr><td>:</td><td></td></tr> <tr><td>:</td><td></td></tr> <tr><td>:</td><td></td></tr> <tr><td>:</td><td></td></tr> <tr><td>:</td><td></td></tr> <tr><td>:</td><td></td></tr> <tr><td>:</td><td></td></tr> </tbody> </table> |  | 時刻 | 状況 | : |  | : |  | : |  | : |  | : |  | : |  | : |  | : |  | : |  | : |  |
| 時刻 | 状況                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |    |    |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |
| :  |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |    |    |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |
| :  |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |    |    |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |
| :  |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |    |    |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |
| :  |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |    |    |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |
| :  |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |    |    |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |
| :  |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |    |    |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |
| :  |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |    |    |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |
| :  |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |    |    |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |
| :  |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |    |    |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |
| :  |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |    |    |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |
| 12 | 救急搬送の有<br>無                                | 有・無<br>搬送先:<br>同乗者:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |    |    |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |
| 13 | 保護者への連<br>絡(連絡者)                           | 有・無<br>連絡者:<br>連絡時刻:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |    |    |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |
| 14 | その後の対応                                     | 受診結果・給食対応の変化など                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |    |    |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |

|                               |     |  |  |  |       |          |     |     |                |                |                              |     |      |                 |     |                 |      |     |      |  |      |  |
|-------------------------------|-----|--|--|--|-------|----------|-----|-----|----------------|----------------|------------------------------|-----|------|-----------------|-----|-----------------|------|-----|------|--|------|--|
| 令和      年      月      日（    ） |     |  |  |  |       |          | 天候  |     | 作業前<br><br>ppm | 作業後<br><br>ppm | 変更事項<br><br>調理業務・給食時間・食数・その他 |     |      | 校長              |     | 栄養士             |      | 責任者 |      |  |      |  |
| 献立名                           |     |  |  |  | 給食数   |          |     |     |                |                | 使用食器                         |     |      | 今日の予定(行事・給食時間等) |     | <div>残菜重量</div> | 主食   |     | 牛乳   |  | おかず  |  |
|                               |     |  |  |  |       |          |     |     |                |                |                              |     |      |                 |     |                 | kg   |     | kg   |  | kg   |  |
| 業社名                           | 原材料 |  |  |  | 材　料　名 | 1人分<br>g | 廃棄率 | 発注量 | 指　示　事　項        | 納　　　品          |                              |     | 検　　収 |                 | 調　理 |                 | 中心温度 |     | 配　　食 |  | 残　　食 |  |
|                               |     |  |  |  |       |          |     |     |                | 良              | 品温℃                          | 開　始 | 終　了  | 測定時刻            | ℃   | 開　始             | 終　了  |     |      |  |      |  |
|                               |     |  |  |  |       |          |     |     |                | :              |                              |     | :    | :               | :   |                 | :    | :   |      |  |      |  |
|                               |     |  |  |  |       |          |     |     |                | :              |                              |     | :    | :               | :   |                 | :    | :   |      |  |      |  |
|                               |     |  |  |  |       |          |     |     |                | :              |                              |     | :    | :               | :   |                 | :    | :   |      |  |      |  |
|                               |     |  |  |  |       |          |     |     |                | :              |                              |     | :    | :               | :   |                 | :    | :   |      |  |      |  |
|                               |     |  |  |  |       |          |     |     |                | :              |                              |     | :    | :               | :   |                 | :    | :   |      |  |      |  |
|                               |     |  |  |  |       |          |     |     |                | :              |                              |     | :    | :               | :   |                 | :    | :   |      |  |      |  |
|                               |     |  |  |  |       |          |     |     |                | :              |                              |     | :    | :               | :   |                 | :    | :   |      |  |      |  |
|                               |     |  |  |  |       |          |     |     |                | :              |                              |     | :    | :               | :   |                 | :    | :   |      |  |      |  |
|                               |     |  |  |  |       |          |     |     |                | :              |                              |     | :    | :               | :   |                 | :    | :   |      |  |      |  |
|                               |     |  |  |  |       |          |     |     |                | :              |                              |     | :    | :               | :   |                 | :    | :   |      |  |      |  |
|                               |     |  |  |  |       |          |     |     |                | :              |                              |     | :    | :               | :   |                 | :    | :   |      |  |      |  |
|                               |     |  |  |  |       |          |     |     |                | :              |                              |     | :    | :               | :   |                 | :    | :   |      |  |      |  |
|                               |     |  |  |  |       |          |     |     |                | :              |                              |     | :    | :               | :   |                 | :    | :   |      |  |      |  |
|                               |     |  |  |  |       |          |     |     |                | :              |                              |     | :    | :               | :   |                 | :    | :   |      |  |      |  |
|                               |     |  |  |  |       |          |     |     |                | :              |                              |     | :    | :               | :   |                 | :    | :   |      |  |      |  |
|                               |     |  |  |  |       |          |     |     |                | :              |                              |     | :    | :               | :   |                 | :    | :   |      |  |      |  |
|                               |     |  |  |  |       |          |     |     |                | :              |                              |     | :    | :               | :   |                 | :    | :   |      |  |      |  |
|                               |     |  |  |  |       |          |     |     |                | :              |                              |     | :    | :               | :   |                 | :    | :   |      |  |      |  |
|                               |     |  |  |  |       |          |     |     |                | :              |                              |     | :    | :               | :   |                 | :    | :   |      |  |      |  |
|                               |     |  |  |  |       |          |     |     |                | :              |                              |     | :    | :               | :   |                 | :    | :   |      |  |      |  |
|                               |     |  |  |  |       |          |     |     |                | :              |                              |     | :    | :               | :   |                 | :    | :   |      |  |      |  |
|                               |     |  |  |  |       |          |     |     |                | :              |                              |     | :    | :               | :   |                 | :    | :   |      |  |      |  |
| (特記事項又は連絡事項)                  |     |  |  |  |       |          |     |     |                |                |                              |     |      |                 |     |                 |      |     |      |  |      |  |

作業工程表 令和 年 月 日 ( ) 厚木市立 学校

開始 時 分 ~ 終了 時 分

|     |       |       |
|-----|-------|-------|
| 校 長 | 管理栄養士 | 調理責任者 |
|     |       |       |

\* 作業ポイントを記入する。手洗い(洗) エプロン(エ) 手袋着用する所(手) 温度確認(温) \* 担当者・作業時間の変更は赤字で訂正をする。

献立名

7:30

8:00

8:30

9:00

9:30

10:00

10:30

11:00

11:30

12:00\_