

令和2年2月29日

保護者 様

港区立高松中学校
校長 鈿持 利行

学校生活管理指導表等の提出について（依頼）

日頃より本校の学校給食にご理解、ご協力をいただきありがとうございます。

港区では、医師の診断・指示に基づき、安全性を最優先とした学校給食の提供に努めています。食物アレルギーを持つ児童・生徒で、学校生活における対応が必要な場合は、下記の書類を必ずご提出いただきますようお願いいたします。

また、食物アレルギーは、成長等に伴い病状や医師の指示内容が変わることがありますので、継続して対応が必要な場合は、毎年、医師の診断・指示を受け、下記の書類を提出していただきますようお願いいたします。

対応にあたっては、保護者と面談をさせていただき、学校と家庭の協力により進めてまいります。児童・生徒の食物アレルギーの重症度や除去品目等によっては、弁当を持参していただく場合もありますので、ご理解いただきますようお願いいたします。

記

1 提出書類

- (1) 食物アレルギー対応依頼書
- (2) 学校生活管理指導表
- (3) 食物アレルギー個別対応表

2 提出期限

令和2年 3月 13日（金）

※書類を提出いただいた後、保護者面談を実施します。

3 学校生活管理指導表について

医師の診断に基づく文書料（診断書料）は自己負担となります。

4 その他

- (1) 学校における食物アレルギー対応については、別紙「学校生活での食物アレルギー対応を希望する保護者の皆様へ」を参照してください。
- (2) 病状の変化により食物アレルギーの対応が不要となった場合は、食物アレルギー対応解除依頼書を提出してください。
- (3) 食物アレルギーは、成長する過程で新たに発症する場合があります。ご家庭で新規発症の傾向（食べたことによる湿疹等の発現）があった際は、学校へご連絡ください。

食物アレルギー対応依頼書

港区立〇〇〇学校長 様

____年 組 ____ (氏名) _____ は、

食物アレルギーの診断を受けましたので、学校給食の提供に際し

食物アレルギー対応をお願いします。

(添付書類)

- 学校生活管理指導表
- 明らかな既往、食物負荷試験、血液検査などの詳細な資料

平成 ____年 ____月 ____日

保護者氏名 _____ 印

(学校確認欄)

校長	副校長	保健主任	担任	養護教諭	栄養士

名前 _____ 男・女 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳) _____ 学校 _____ 年 _____ 組 提出日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病型・治療		学校生活上の留意点		<div style="background-color: #f8d7da; padding: 5px;">★保護者 電話： _____</div> <div style="background-color: #f8d7da; padding: 5px;">★連絡医療機関 医療機関名： _____</div> <div style="padding: 5px;">電話： _____</div>	
気管支ぜん息 (あり・なし)	A. 重症度分類 (発作型) 1. 間欠型 2. 軽症持続型 3. 中等症持続型 4. 重症持続型	C. 急性発作治療薬 1. ベータ刺激薬吸入 2. ベータ刺激薬内服	A. 運動 (体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. 強い運動は不可		【緊急時連絡先】 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ (印) 医療機関名 _____
	B-1. 長期管理薬 (吸入薬) 1. ステロイド吸入薬 2. 長時間作用性吸入ベータ刺激薬 3. 吸入抗アレルギー薬 (「インターール®」) 4. その他 (_____)	D. 急性発作時の対応 (自由記載)	B. 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名 (_____)		
	B-2. 長期管理薬 (内服薬・貼付薬) 1. テオフィリン徐放製剤 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 3. ベータ刺激内服薬・貼付薬 4. その他 (_____)		C. 宿泊を伴う校外活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定		
	D. その他の配慮・管理事項 (自由記載)				
アトピー性皮膚炎 (あり・なし)	病型・治療		学校生活上の留意点		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ (印) 医療機関名 _____
	A. 重症度のめやす (厚生労働科学研究班) 1. 軽症：面積に関わらず、軽度の皮疹のみみられる。 2. 中等症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満にみられる。 3. 重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満にみられる。 4. 最重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上にみられる。 <small>*軽度の皮疹：軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変 *強い炎症を伴う皮疹：紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変</small>		A. プール指導及び長時間の紫外線下での活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	C. 発汗後 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. (学校施設で可能な場合) 夏季シャワー浴	
	B-1. 常用する外用薬 1. ステロイド軟膏 2. タクロリムス軟膏 (「プロトピック®」) 3. 保湿剤 4. その他 (_____)	B-2. 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他 (_____)	C. 食物アレルギーの合併 1. あり 2. なし	D. その他の配慮・管理事項 (自由記載)	
	B. 動物との接触 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名 (_____)				
アレルギー性結膜炎 (あり・なし)	病型・治療		学校生活上の留意点		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ (印) 医療機関名 _____
	A. 病型 1. 通年性アレルギー性結膜炎 2. 季節性アレルギー性結膜炎 (花粉症) 3. 春季カタル 4. アトピー性角結膜炎 5. その他 (_____)		A. プール指導 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. プールへの入水不可		
	B. 治療 1. 抗アレルギー点眼薬 2. ステロイド点眼薬 3. 免疫抑制点眼薬 4. その他 (_____)		B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定		
	C. その他の配慮・管理事項 (自由記載)				

名前 _____ 男・女 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生（ _____ 歳） 学校 _____ 年 _____ 組 提出日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病型・治療		学校生活上の留意点	<div style="background-color: #ffcccc; padding: 5px;"> ★保護者 電話： _____ </div> <div style="background-color: #ffcccc; padding: 5px; margin-top: 5px;"> ★連絡医療機関 医療機関名： _____ </div> <div style="background-color: #ffcccc; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 電話： _____ </div>
A. 食物アレルギー病型（食物アレルギーありの場合のみ記載） 1. 即時型 2. 口腔アレルギー症候群 3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー		A. 給食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	
B. アナフィラキシー病型（アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載） 1. 食物（原因 _____） 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3. 運動誘発アナフィラキシー 4. 昆虫 5. 医薬品 6. その他（ _____）		B. 食物・食材を扱う授業・活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定	
C. 原因食物・診断根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に診断根拠を記載 1. 鶏卵 《 》 2. 牛乳・乳製品 《 》 3. 小麦 《 》 4. ソバ 《 》 5. ピーナッツ 《 》 6. 種実類・木の実類 《 》（ _____） 7. 甲殻類（エビ・カニ）《 》 8. 果物類 《 》（ _____） 9. 魚類 《 》（ _____） 10. 肉類 《 》（ _____） 11. その他1 《 》（ _____） 12. その他2 《 》（ _____）		C. 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	
D. 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（ _____）		D. 宿泊を伴う校外活動 1. 配慮不要 2. 食事やイベントの際に配慮が必要	
E. その他の配慮・管理事項（自由記載）		E. その他の配慮・管理事項（自由記載）	
[診断根拠] 該当するもの全てを《 》内に記載 ① 明らかな症状の既往 ② 食物負荷試験陽性 ③ IgE抗体等検査結果陽性			
		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
		医師名 _____ (印)	
		医療機関名 _____	
病型・治療		学校生活上の留意点	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
A. 病型 1. 通年性アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎（花粉症） 主な症状の時期； 春、夏、秋、冬		A. 屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	医師名 _____ (印)
B. 治療 1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬（内服） 2. 鼻噴霧用ステロイド薬 3. その他（ _____）		B. その他の配慮・管理事項（自由記載）	医療機関名 _____

●学校における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を教職員全員で共有することに同意しますか。

1. 同意する
2. 同意しない

保護者署名： _____

学校生活での食物アレルギー対応を希望する保護者の皆様へ

港区立小・中学校では、学校生活での安全を確保するため、食物アレルギー対応を行っています。
(学校給食の他、校外学習、調理実習等学校生活全般を含みます。)

食物アレルギーとは、食べたり、触ったり、吸い込んだりした食物に対して、体を守るはずの免疫のシステムが、過剰に反応して起こる有害な症状をいいます。命にかかわる症状（アナフィラキシーショック）が起こる場合もあります。

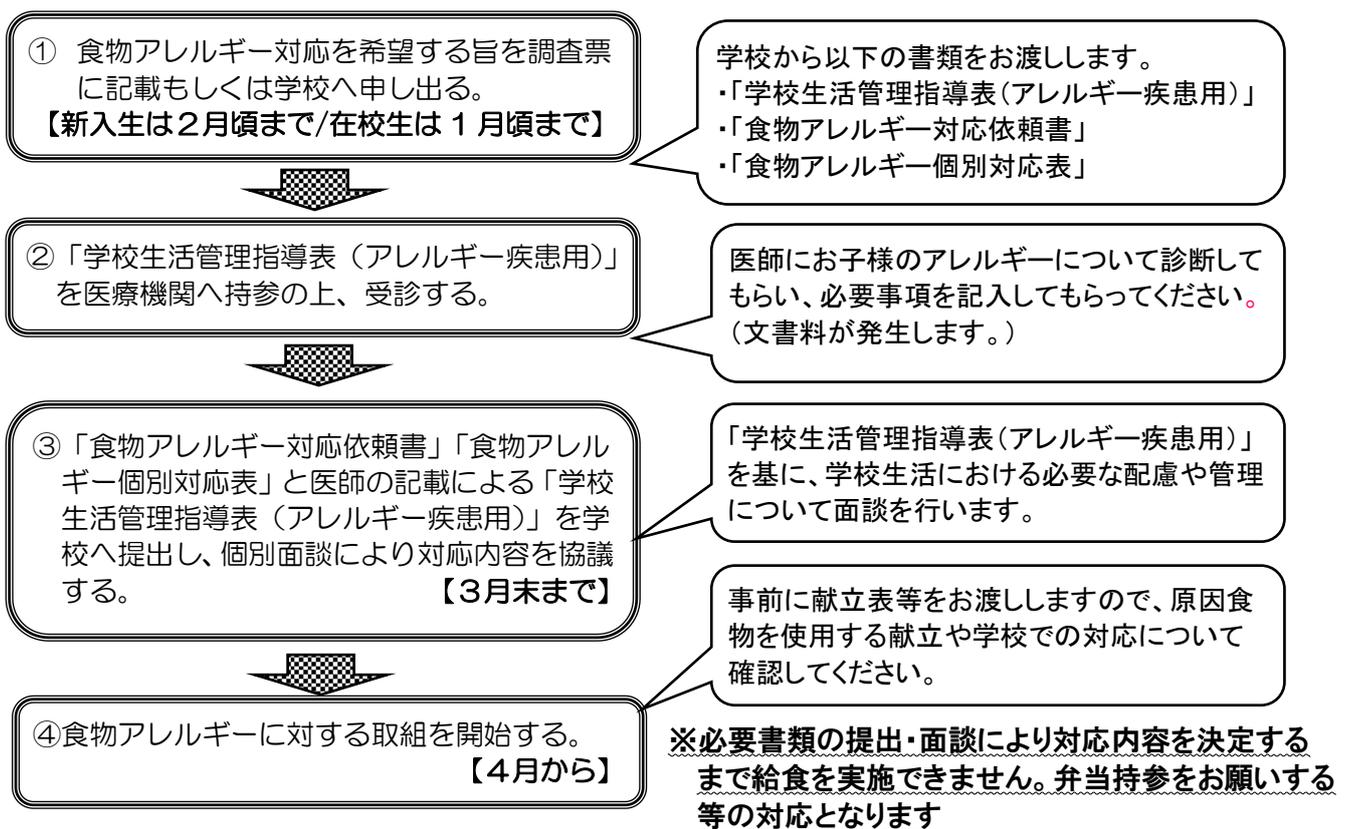
1 学校生活での食物アレルギー対応の基本的な考え方

- 必ず医師の診断を受け、学校での対応が必要とされたときは、「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」を提出していただきます。
- 学校給食では国の指針に基づき、安全性を最優先とするため、原因食物の完全除去を基本としています。
- 給食等の対応が必要な場合は、学校と保護者間で十分に話し合い、校長の決定のもと対応を行います。

2 食物アレルギー対応の実施基準

- 医師の診察、検査により、明確に食物アレルギーと診断されている。
- 原因食物が明確であり、医師から除去食の指示や対応が必要との指示が出ている。
- 家庭での食事でも除去等の配慮をしている。

3 食物アレルギー対応開始までの流れ（時期は目安です。学校によって前後する場合があります。）



4 学校生活管理指導表について

学校生活管理指導表は、お子様のアレルギー疾患に関する情報を医師に記載してもらうものです。学校生活において配慮が必要な場合は、毎年学校に提出していただく必要があります。また、年度途中でも、アレルギーの症状や留意点が変わる場合は再度提出していただきます。

※医師が学校生活管理指導表を記載する際には、文書料（自己負担）がかかります。文書料については医療機関にお問い合わせください。

5 学校給食での食物アレルギー対応にあたっての留意点

(1) 除去等について

①除去食材の異なる児童・生徒が在籍している場合、誤配膳等の事故を防ぐため、食べられる食材でも除去を行います。【例】中華丼：卵だけ除去の児童とエビだけ除去の児童がいる場合 → 両方の児童に卵とエビを除去した中華丼を提供

②原因食物に関連するものであっても、アレルギー症状誘発の原因となりにくい食品(右表参照)については、基本的に除去は行いません。除去が必要な場合は重篤なアレルギーがあることを意味するため、弁当の持参をお願いします。

原因食物	除去する必要のない調味料・だし・添加物等
鶏卵	卵殻カルシウム
牛乳	乳糖・乳清焼成カルシウム
小麦	しょうゆ・酢・みそ
大豆	大豆油・しょうゆ・みそ
ゴマ	ゴマ油
魚類	かつおだし・いりこだし・魚しょう
肉類	エキス

③給食では、そば、落花生、生卵、アーモンド、カシューナッツ、くるみ、マカダミア、ペカン、ピスタチオ、キウイフルーツは使用しません。

④除去する原因食物の内容によっては一部代替食の持参をお願いする場合があります。

(2) 献立の確認、配膳等について

①事前に献立表、食物アレルギー対応献立表などで、原因食物を使用する献立や学校での対応について保護者にお知らせしますので、必ずご確認ください。

②除去対応食のある日はアレルギー対応専用食器に盛り付け、除去対応食を含めた一食分を専用トレーに配膳します。

③アレルギー対応食のある日は、安全性を最優先するため、その日に提供されるすべての献立について、おかわりはできません。

(3) 弁当対応について

①以下に該当する場合は給食での対応が困難なため、弁当の持参をお願いします。

- ・調味料、だし、添加物の除去が必要
- ・揚げ油の共用や再利用ができない
- ・「同一製造ラインを含む製品を製造している」加工食品の摂取を禁止している
- ・食器や調理器具の共用ができない

②弁当はそのまま食べられるよう調理してください。

※弁当及び一部代替食は本人に保管していただきます。夏季は喫食時までには食品が腐敗する恐れがあるため、保冷剤を入れる等の対応をお願いします。給食時間までにご家庭から持参していただいても構いません。

(4) 保護者の方へのお願い

①学校栄養士から学級担任へ除去食の対応内容を書面で伝えますので、必ず確認してください。

②配膳された給食の疑問については、お子様だけで判断せず、必ず学級担任に確認するよう、ご家庭でもお子様にお話してください。

③給食後、体調の異常を感じた場合は、速やかに近くにいる教職員、緊急の場合は近くの友人に声をかけるよう、ご家庭でもお子様にお話してください。

6 学校給食における食物アレルギー以外の対応について

○IgG抗体によるアレルギーについては対応しません。

○宗教上の理由等、食物アレルギー以外の理由により喫食できない食物がある場合、お弁当を持参していただきます(原則、除去食対応はしません)。

○乳糖不耐症等により、主治医の指示がある場合はご相談ください。

7 食物アレルギー対応に係る給食費の取扱いについて

○毎日、弁当を持参する場合、給食費は徴収しません。

○原則として、除去する食材の代金は返金しません。ただし、牛乳アレルギーのため全ての牛乳を除去する場合は、飲用牛乳代のみ返金します。