

様式 1

飲用牛乳停止申請書

年 月 日

羽曳野市立

学校長様

保護者氏名 _____

飲用牛乳の停止を希望しますので、下記のとおり学校生活管理指導表（診断書・意見書等）を添えて申請します。

記

児童生徒氏名		年 組
生年月日	年 月 日	
飲用牛乳停止の理由	乳アレルギー ・ 乳糖不耐症 その他（ ）	

※学校使用欄

確認書類

- ☐ 学校生活管理指導表
- ☐ 診断書・意見書
- ☐ その他（ ）

受付日	備考

【表】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 年 組 提出日 年 月 日

※この生活管理指導表は、学校の生活において特別な配慮や管理が必要となった場合に医師が作成するものです。

羽曳野市では安全確保のため原因食物を 提供するか、しないかの二者択一とします。

アナフィラキシー (あり・なし) 食物アレルギー (あり・なし)	病型・治療	学校生活上の留意点	★保護者 電話: ★連絡医療機関 医療機関名: 電話: 緊急時連絡先 記載日 年 月 日 医師名 医療機関名
	A 食物アレルギー病型(食物アレルギーありの場合のみ記載) 1. 即時型 2. 口腔アレルギー症候群 3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー B アナフィラキシー病型(アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載) 1. 食物 (原因) 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3. 運動誘発アナフィラキシー 4. 昆虫 () 5. 医薬品 () 6. その他 () C 原因食物・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 1. 鶏卵 《 》 【除去根拠】 該当するものを《 》内に記載 2. 牛乳・乳製品 《 》 ① 明らかな症状の既往 ② 食物経口負荷試験陽性 3. 小麦 《 》 ③ IgE抗体等検査結果陽性 ④ 未摂取 4. ソバ 《 》()に具体的な食品名を記載 5. ピーナッツ 《 》 6. 甲殻類 《 》(すべて・エビ・カニ) 7. 木の実類 《 》(すべて・クルミ・カシュー・アーモンド) 8. 果物類 《 》() 9. 魚類 《 》() 10. 肉類 《 》() 11. その他1 《 》() 12. その他2 《 》() D 緊急時に備えた処方薬 1. 内服薬(抗ヒスタミン薬、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 ()	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. 管理不要 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○がついた場合、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。 鶏卵：卵殻カルシウム 牛乳：乳糖・乳清焼成カルシウム 小麦：醤油・酢・味噌 大豆：大豆油・醤油・味噌 ゴマ：ゴマ油 魚類：かつおだし・いりこだし・魚醤 肉類：エキス F その他の配慮・管理事項(自由記述)	
気管支ぜん息 (あり・なし) (公財)日本学校保健会 作成	病型・治療	学校生活上の留意点	★保護者 電話: ★連絡医療機関 医療機関名: 電話: 緊急時連絡先 記載日 年 月 日 医師名 医療機関名
	A 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良 B-1 長期管理薬(吸入) 1. ステロイド吸入薬 () () 2. ステロイド吸入薬／長時間作用性吸入ベータ刺激薬配合剤 () () 3. その他 () () B-2 長期管理薬(内服) 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 () 2. その他 () B-3 長期管理薬(注射) 1. 生物学的製剤 () C 発作時の対応 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. 管理必要 B 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 1. 管理不要 2. 管理必要 C 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 D その他の配慮・管理事項(自由記述)	

【裏】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 _____ 年 _____ 組 提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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
	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、軽度の皮疹のみ見られる。 2. 中等症:強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満に見られる。 3. 重症:強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満に見られる。 4. 最重症:強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上に見られる。 *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		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. 管理必要		年 月 日
	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 []	B 動物との接触 1. 管理不要 2. 管理必要	医師名 _____ (印)
	B-3 常用する注射薬 1. 生物学的製剤		C 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要	D その他の配慮・管理事項(自由記述)	医療機関名 _____
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
	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. 管理必要		年 月 日
	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. 管理必要	C その他の配慮・管理事項(自由記載)	医師名 _____ (印)
					医療機関名 _____
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)	病型・治療		学校生活上の留意点		記載日
	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. 管理必要		年 月 日
	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. 舌下免疫療法(ダニ・スギ) 4. その他 ()		B その他の配慮・管理事項(自由記載)		医師名 _____ (印)
					医療機関名 _____

学校における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、本票に記載された内容を学校の全教職員及び関係機関等で共有することに同意します。

保護者氏名 _____

保 健 カ ー ド

取り扱い注意

表

※この保健カードを緊急時に医療機関及び救急隊員に提示することに同意できますか？ (○を付けてください) →				同意できる ・ 同意できない	
年 組 番	児 童 名	(ふりがな)	性別	生年月日	
			男・女	年	月 日 生
保 護 者	住 所	〒583-() 羽曳野市			
	氏 名	(ふりがな)	電話		
緊 急 連 絡 先 (優 先 順 位)		名 前 (続 柄)	連絡先(自宅等)	電 話 番 号	
		①			
		②			
		③			
本校に在学する 兄 弟 ・ 姉 妹		年 組	年 組		
		年 組	年 組		
よく診てもらう 病 院 名		内 科	(TEL		
		外 科	(TEL		
		整形外科	(TEL		
		歯 科	(TEL		
		眼 科	(TEL		
		耳鼻咽喉科	(TEL		

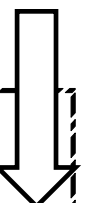
※緊急の場合や時間外、または症状により他の病院で受診することがあります。

①アレルギー疾患・症状についてご記入ください。

アレルギー疾患・症状の有無 (あり ・ なし)			
アレルギー症状を 起こす食物名		アレルギー疾患の既往歴	
		ぜんそく	才～ 才
アレルギー症状を 起こす薬品・注射名		アトピー性皮膚炎	才～ 才
		その他	
その他アレルギー 症状を起こすもの		裏面も記入してください	

学校生活で運動・食事など配慮が必要な場合は、「学校生活管理指導表」の提出をお願いします。

※学校生活管理指導表(学校生活において配慮すべきことなどを主治医に記入していただく書類)の用紙が必要な方はご連絡ください。



裏

氏名

②既往症について発症年齢、完治した年齢をお書きください。

感 染 症		そ の 他 の 疾 病	
はしか	才	心臓病 ()	才 ~ 才
風疹	才	腎臓病 ()	才 ~ 才
おたふくかぜ	才	てんかん	才 ~ 才
水ぼうそう	才	熱性けいれん	才 ~ 才
その他		その他	
予防接種歴(接種済みには○をつけてください)			
BCG 麻しん・風しん(第1期 第2期) 水痘 ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ 日本脳炎 インフルエンザ菌b型(Hib) 小児肺炎球菌 B型肝炎 その他()			

③健康面で学校に知らせておきたい事項をご記入ください。

(特に定期的に検査を受けていることや、学校生活で配慮が必要なことなど)

内科的なこと	例えば、よくじんましんがでる、喘息で薬を服用しているなど
眼科的なこと	例えば、右目が弱視、手術済みなど
耳鼻科的なこと	例えば、中耳炎治療で鼓膜に穴があり、水泳は禁止など
その他、学校へ知らせておきたいこと 例えば、5歳の時、後頭部打撲で入院、現在年1回検査中など	

※このカードは、お子様に緊急事態が発生した時、一刻も早く処置できる

様に学校に常備しておくものです。詳しく丁寧に記入ください。

※緊急連絡先を変更された場合は、その都度学校へ連絡してください。

※このカードは、一年間使用した後、学校で処分します。

保 健 カ ー ド

取り扱い注意

表

※この保健カードを緊急時に医療機関及び救急隊員に提示することに同意できますか？（○を付けてください）

同意できる ・ 同意できない

年 組 番	生徒名	(ふりがな)		性別	生 年 月 日
				男・女	年 月 日生
保 護 者	住 所	〒583- () 羽曳野市			
	氏 名	(ふりがな)		電話	
緊 急 連 絡 先 (優 先 順 位)		名 前 (続 柄)		連絡先(自宅等)	電 話 番 号
		①			
		②			
		③			
本校に在学する 兄 弟 ・ 姉 妹		年 組			
		年 組			
よく診てもらう 病 院 名		内 科	(TEL)		
		外 科	(TEL)		
		整形外科	(TEL)		
		歯 科	(TEL)		
		眼 科	(TEL)		
		耳鼻咽喉科	(TEL)		

※緊急の場合や時間外、または症状により他の病院で受診することがあります。

①アレルギー疾患・症状についてご記入ください(この内容は教育委員会と情報共有します)

アレルギー疾患・症状の有無 (あり ・ なし)			
アレルギー 症状を起こす 食物名		アレルギー疾患の既往歴	
		ぜんそく	才～ 才
アレルギー 症状を起こす 薬品・注射名		アトピー性皮膚炎	才～ 才
		その他	
その他 アレルギー症状 を起こすもの			

裏面も記入してください →

学校生活で運動・食事など配慮が必要な場合は、「学校生活管理指導表」の提出をお願いします。

※学校生活管理指導表(学校生活において配慮すべきことなどを主治医に記入していただく書類)の用紙が必要な方はご連絡ください。

②既往症について発症年齢、完治した年齢をお書きください。

感 染 症		そ の 他 の 疾 病	
はしか	才	心臓病 ()	才 ~ 才
風疹	才	腎臓病 ()	才 ~ 才
おたふくかぜ	才	てんかん	才 ~ 才
水ぼうそう	才	熱性けいれん	才 ~ 才
その他		その他	
予防接種歴(接種済みには○をつけてください)			
BCG 麻しん・風しん(第1期 第2期) 水痘 ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ 日本脳炎 インフルエンザ菌b型(Hib) 小児肺炎球菌 B型肝炎 その他()			

③健康面で学校に知らせておきたい事項をご記入ください。

(特に定期的に検査を受けていることや、学校生活で配慮が必要なことなど)

内科的なこと	例えば、よくじんましんがでる、喘息で薬を服用しているなど
眼科的なこと	例えば、右目が斜視、手術済みなど
耳鼻科的なこと	例えば、中耳炎治療で鼓膜に穴があり、水泳は禁止など
その他、学校へ知らせておきたいこと 例えば5歳の時後頭部打撲で入院、現在年1回検査中など	

※このカードは、お子様に緊急事態が発生した時、一刻も早く処置できるように
学校に常備しておくものです。詳しく丁寧に記入ください。

※緊急連絡先を変更された場合は、その都度学校へ連絡してください。

※このカードは、一年間使用した後、学校で処分します。

様式4

食物アレルギー面談記録票

記入日 年 月 日 記入者 ()

児童生徒名 男・女	保護者名	連絡先電話番号 — —
--------------	------	----------------

この面談票を記入する前には、必ず食物アレルギー対応の手引きを確認しておくこと

1. 家庭における、食物アレルギーを起こす原因食品・症状・除去の程度について

原因食品	摂取時に起こりうる症状	除去の程度
		☐ 完全除去 ☐ その他 1. 少量であれば可 2. 加熱すれば可 3. 加工食品などに含まれる微量であれば可 4. ()
		☐ 完全除去 ☐ その他 1. 少量であれば可 2. 加熱すれば可 3. 加工食品などに含まれる微量であれば可 4. ()
		☐ 完全除去 ☐ その他 1. 少量であれば可 2. 加熱すれば可 3. 加工食品などに含まれる微量であれば可 4. ()

2. 家庭では除去食をしていますか？ している ・ していない
児童生徒の理解度は？ ()3. (小学生) 幼稚園・保育園ではどのように対応していましたか？
(中学生) 小学校ではどのように対応していましたか？

4. 過去に除去食を行っていたが、現在は食べられるようになった食品の有無

なし ・ あり (食物名)

5. 運動で症状が発症したことの有無

なし ・ あり (食事との関連 あり ・ なし)

6. ごく微量でもアレルギー症状を引き起こす可能性がありますか

なし ・ あり ()

7. アナフィラキシーの経験の有無

な し ・ あ り (_____ 才頃 回数： _____ 回 原因： _____)
 ↓ (最後はいつ？： _____)
 どれくらい食べて、どのような症状がでましたか？

アナフィラキシーを起こしたときの対応は？（処置・対応）

8. 現在、アレルギー疾患の治療のために使用している薬の有無

な し ・ あ り 内服薬 () 外用薬 ()
吸入薬 () その他 ()

・ 学校に携帯する薬の有無

な し ・ あ り 薬名 () 保管場所 ()
どんな時に使用 ()

9. 給食の対応について

・ 弁当または代替食を持参しますか？ す る ・ しない
（弁当の保管場所、保管方法、受け渡し方法確認）

・ 牛乳停止を希望しますか？（飲用牛乳停止申請書様式 1 の配布） す る ・ しない

・ 給食当番ではどのような配慮が必要ですか （ ）

10. 食物以外のアレルギーはありますか？ な い ・ あ る ()

11. 給食以外で学校生活・行事で配慮がいらいますか

いない ・ い る ()

12. クラスの児童生徒に食物アレルギーの情報を知らせても良いですか？

13. 緊急時の連絡先について教えてください。
(どのような症状が出た場合に医療機関に搬送するか確認。)

食物アレルギー個別取組みプラン（兼 アレルギー緊急時個別対応票）

保護者記入欄

学校名						
年度	年度	年度	年度	年度	年度	年度
学年・組	年 組	年 組	年 組	年 組	年 組	年 組
保護者 確認	☐ 確認 しました	前年度と ☐ 変更あり ☐ 変更なし	前年度と ☐ 変更あり ☐ 変更なし	前年度と ☐ 変更あり ☐ 変更なし	前年度と ☐ 変更あり ☐ 変更なし	前年度と ☐ 変更あり ☐ 変更なし

(ふりがな) 児童名		性 別	☐ 男 ☐ 女
		生年月日	平成 年 月 日
保護者氏名		続 柄	
住 所		電話番号	

緊急連絡先

連絡順位	氏名	続柄等	電話番号	連絡先	特記事項
1				自宅・職場・携帯	
2					
3					

かかりつけ医の情報

医療機関		診療科	
主治医名			
ID（カルテ）番号	※ID（カルテ）番号とは診察券番号のことです。		
住所		電話番号	

かかりつけ医以外に搬送する医療機関がある場合

医療機関		診療科	
主治医名			
ID（カルテ）番号	※ID（カルテ）番号とは診察券番号のことです。		
住所		電話番号	

食物アレルギー・アナフィラキシーの原因と具体的な症状

1. 鶏卵（加熱・非加熱） 2. 牛乳・乳製品 3. 小麦 4. ソバ 5. 落花生（ピーナッツ） 6. 大豆 7. 種実類・木の実（ ） 8. 甲殻類 （エビ・カニ・その他 ） 9. 魚類（ ） 10. 肉類（ ） 11. 果物類（ ） 12. その他（ ）	具体的な症状	アナフィラキシー発症の有無 ☐ 無 ☐ 有 回数： 回 原因： 最終発症日： 年 月 医療機関：
--	--------	---

緊急時の対応

内服薬			
注射薬	エピペン 0.15m g	エピペン 0.3m g	（いずれかに○印）
その他			

具体的な配慮と対応（学校記入）

【記入日： 年 月 日】

給食	給食で提供しないもの			
	給食当番			
	喫食する環境への配慮			
	弁当の持参の有無		弁当の保管場所	
食材を扱う授業・活動	家庭科その他の教科			
	特別活動			
	校外学習			
運動	体育授業部活動時			
	昼休み等の活動			
宿泊等の校外活動	おやつ交換の可否	可 ・ 否	バイクの可否	可 ・ 否
	試食の可否	可 ・ 否	給食で扱わない食材の喫食	
持参薬	薬名		服用のタイミング	
	薬名		服用のタイミング	
	薬名		服用のタイミング	
エピペン®の保管	持参本数 保管場所	本		
	校外活動時の保管場所			
その他	掃除当番など			
	主治医からの指示			

学校における日常の取組み及び緊急時の対応に活用するため、掲載された内容を、学校全職員、教育委員会、消防部局、医療機関で共有することに同意します。

また市内小学校への転校時、市内中学校への進学時に個別取組みプランの写しを転校先、進学先の学校長へ送付することに同意します。

保護者署名_____

食物アレルギー個別取組みプラン（兼 アレルギー緊急時個別対応票）

保護者記入欄

学校名			
年度	年度	年度	年度
学年・組	年 組	年 組	年 組
保護者 確認	☐ 確認 しました	前年度と ☐ 変更あり ☐ 変更なし	前年度と ☐ 変更あり ☐ 変更なし

(ふりがな) 生徒名		性 別	☐ 男 ☐ 女
		生年月日	平成 年 月 日
保護者氏名		続 柄	
住 所		電話番号	

緊急連絡先

連絡順位	氏名	続柄等	電話番号	連絡先	特記事項
1				自宅・職場・携帯	
2					
3					

かかりつけ医の情報

医療機関		診療科	
主治医名			
ID（カルテ）番号	※ID（カルテ）番号とは診察券番号のことです。		
住所		電話番号	

かかりつけ医以外に搬送する医療機関がある場合

医療機関		診療科	
主治医名			
ID（カルテ）番号	※ID（カルテ）番号とは診察券番号のことです。		
住所		電話番号	

食物アレルギー・アナフィラキシーの原因と具体的な症状

1. 鶏卵（加熱・非加熱） 2. 牛乳・乳製品 3. 小麦 4. ソバ 5. 落花生（ピーナッツ） 6. 大豆 7. 種実類・木の実（ ） 8. 甲殻類 （エビ・カニ・その他 ） 9. 魚類（ ） 10.肉類（ ） 11.果物類（ ） 12.その他（ ）	具体的な症状	アナフィラキシー発症の有無 ☐ 無 ☐ 有 回数： 回 原因： 最終発症日： 年 月 医療機関：
---	--------	---

緊急時の対応

内服薬			
注射薬	エピペン 0.15m g	エピペン 0.3m g	（いずれかに○印）
その他			

具体的な配慮と対応（学校記入）

【記入日： 年 月 日】

給食	給食で提供しないもの			
	給食当番			
	喫食する環境への配慮			
	弁当の持参の有無		弁当の保管場所	
食材を扱う授業・活動	家庭科その他の教科			
	特別活動			
	校外学習			
運動	体育授業部活動時			
	昼休み等の活動			
宿泊等の校外活動	おやつ交換の可否	可 ・ 否	バイクの可否	可 ・ 否
	試食の可否	可 ・ 否	給食で扱わない食材の喫食	
持参薬	薬名		服用のタイミング	
	薬名		服用のタイミング	
	薬名		服用のタイミング	
エピペン®の保管	持参本数 保管場所	本		
	校外活動時の保管場所			
その他	掃除当番など			
	主治医からの指示			

学校における日常の取組み及び緊急時の対応に活用するため、掲載された内容を、学校全職員、教育委員会、消防部局、医療機関で共有することに同意します。

また市内中学校への転校時に個別取組みプランの写しを転校先の学校長へ送付することに同意します。

保護者署名_____

令和 年度特異疾患申告書（ 新規・更新・変更 ）

市立 (学校、園、所) 長 様

(保 護 者)

住 所

氏 名

印

電話番号

私は下記の内容を申告し、緊急時の情報として活用されることを希望するとともに、その目的内において市の関係部局及び柏原羽曳野藤井寺消防組合に情報提供することに同意いたします。

記

(対 象 者)

住 所

氏 名

(男 ・ 女)

生年月日 年 月 日 () 歳

かかりつけ医療機関・連絡先

診療科目・カルテ番号

担 当 医 師 名

病名・起こりうる症状等

[]

緊急時連絡先

優先順位	氏 名 (関 係)	固 定 電 話	携 帯 電 話
①			
②			
③			

登録先住所・電話 ①自宅

②学校・園・保育所

救急隊搬送時の注意事項

[]

※ この申告書は年度ごとの更新が必要です。

特異疾患患者の指令システムへの登録

1、活用状況

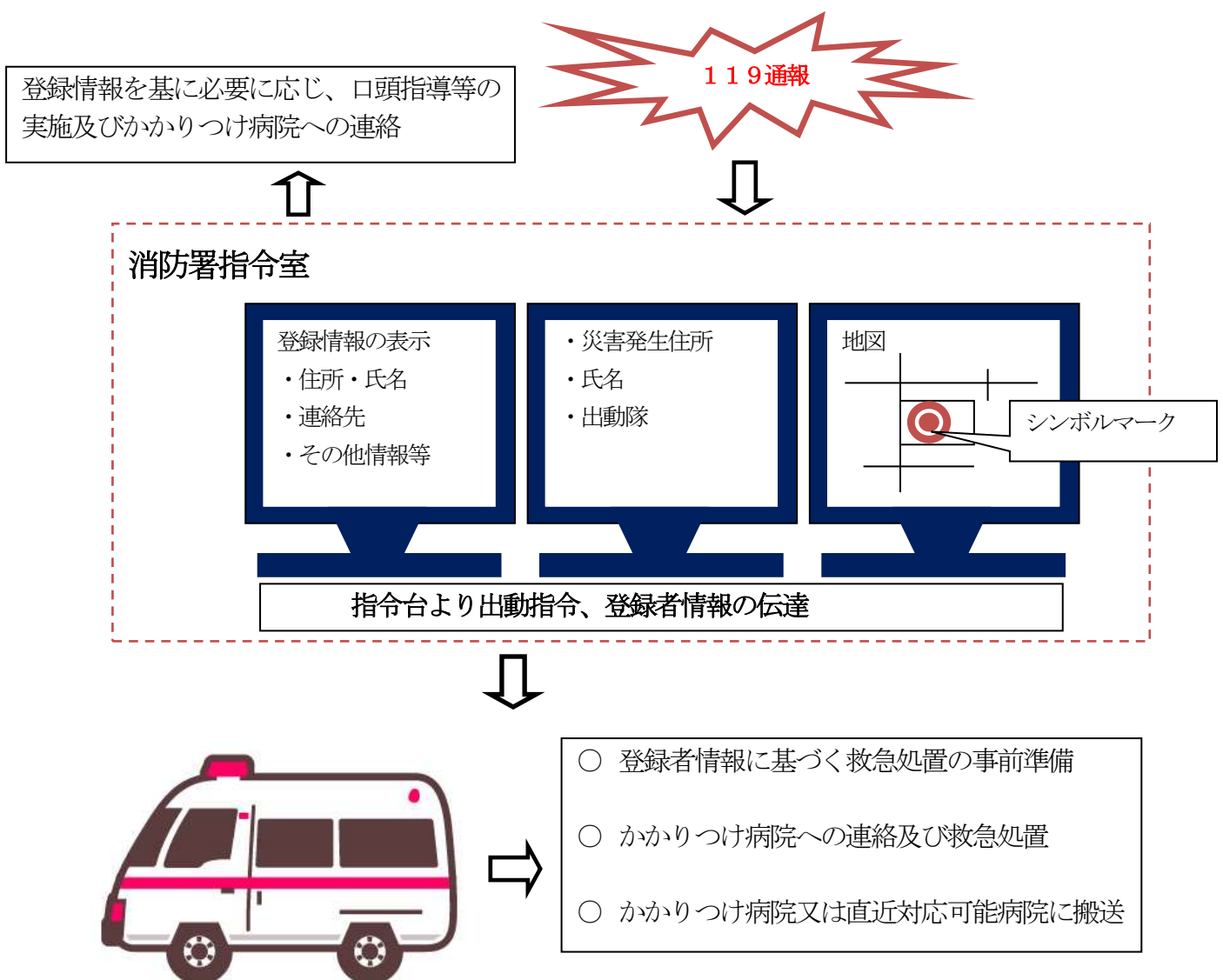
特異疾患（その症状が著しく悪化する恐れがあり、又はその生命が危険な状態になる恐れがある疾患）にある、園児、児童及び生徒の住所、氏名及び連絡先等の緊急時に活用できる情報を事前に消防機関に提供することにより、その内容を指令情報システムへの登録をおこない、救急要請時の初動対応及び出動隊への事前情報として活用し、救急処置及びかかりつけ病院への連絡搬送が迅速になります。

2、情報の表示方法

登録先（自宅または学校等）の固定電話からの通報により、指令員の手動操作で指令台にて登録者情報の表示が可能となります。

注意

登録先以外（柏原市、羽曳野市、藤井寺市の市域内に限る。）からの通報や、携帯電話からの通報の場合、情報が取り出せないため、患者の「氏名」「住所」と「特異疾患で登録していること」を伝える必要があります。



様式 7

除去解除申請書

年 月 日

(学校名) 羽曳野市立 学校・学園
(年組) 年 組
(児童生徒等名)

本児童生徒は学校生活管理指導表により除去していた以下の食品について、医師の指導のもと、これまでに複数回摂取して症状が誘発されていませんので、学校給食における除去解除をお願いします。

食 品 名	
医療機関名	

※保護者の方がお書き下さい。

(保護者名)

校外活動における食物アレルギーチェック表

年 組 名前

【原因食物】

（施設側への確認事項）

食事の配慮について	
☐	事前に宿泊先や施設に対して食物アレルギー対応が必要な児童生徒等の情報提供のうえ、対応ができるかどうかを確認したか。
	【除去対応できる場合】
☐	どこまでの対応が可能かを確認したか。 〔 ☐ アレルゲンを含む献立の除去 / ☐ 代替食対応 / ☐ その他（ ）〕
☐	全ての食事において献立名・原材料を確認したか。（自由行動時含む）
	☐ 原材料一覧を取り寄せた。
	☐ 取り寄せた原材料一覧について、保護者、本人、学級担任、栄養教諭、養護教諭等と確認した。
☐	厨房内での混入の可能性について確認したか。
☐	当日の配席について確認したか。
その他の配慮について	
☐	アレルゲンに触れる活動の有無について確認したか。（そば打ち、パン作り、魚をさばいて試食 など）
	☐ 有る場合は、活動内容の変更や当該児童生徒等分の活動について協議したか。
☐	そばがら枕を使用していないか。
	☐ そばがら枕を使用している場合は、全員分の交換を依頼したか。

（校内での確認事項）

食事の配慮について	
☐	除去食の内容、配席について保護者、本人及び校外学習に関わる全ての教職員と情報共有したか。
間食の配慮について	
☐	移動中の喫食について確認したか。（新幹線乗車中等、救急搬送が行えない場所での喫食等について）
☐	場合によっては、保護者がお菓子の原材料を確認したか確認する。
緊急時対応について	
☐	エピペン [®] 、内服薬の管理方法を保護者、本人及び学校医、主治医と協議したか。
	☐ 医師の紹介状（診療情報提供書）を持参するか相談したか。
☐	決定したエピペン [®] 、内服薬の管理方法を保護者、本人及び校外学習に関わる全ての教職員と共有したか。 *エピペン [®] を学校で管理する場合は、特定の教職員が児童生徒等と行動を共にすること。
☐	緊急時の対応を保護者、本人及び校外活動に関わる全ての教職員と確認・共有したか。
	☐ 緊急時の連絡先を保護者に確認したか。
	☐ 緊急時の搬送先の病院を確認したか。
	☐ 緊急時の役割分担を確認したか。

学校園におけるアレルギー対応報告書

種別	ヒヤリ・ハット ・ 事故 ・ その他		
学校名		学年	
発生日時	令和 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分		
発生場所	教室 (年 組) ・ その他 ()		
原因物質 (献立名)		エピペン®の所持	有・無
学校生活管理指導表 提出	有・無	エピペン®の処方	有・無
発生状況 (時間の経過 等の詳細も記 載する)			
児童生徒の 状況 (症状)			
原因			
今後の対策等			