

令和5年12月22日

保護者の皆様

福 津 市 教 育 委 員 会  
教育長職務代理者 青木 一乗  
福 津 市 立 神 興 東 小 学 校  
校 長 西 田 剛 信

学校生活管理指導表等の提出について(依頼)

日頃より福津市の学校給食におきましては、御理解と御協力をいただき感謝申し上げます。市では、「学校給食における食物アレルギー対応指針」を策定し、それに基づいて食物アレルギーを有する児童生徒に対応をしています。

つきましては、食物アレルギーのため除去食を希望される方や、気管支ぜん息やアトピー性皮膚炎、アレルギー性結膜炎、アレルギー性鼻炎で学校生活において特別な配慮が必要な方は、必ず医療機関を受診され、

●医師記入による「学校生活管理指導表」(アレルギー疾患用)

を2月1日(木)入学説明会の際、受付に提出してください。

なお、説明会当日、アレルギー対応についての詳しい説明をいたします。

また、説明会終了後に時間をとって(15:00ごろ～16:00ごろ)相談の時間を設けます。御不明、御心配なことがありましたら、直接お尋ねください。

【問い合わせ先】

福津市教育委員会 学校教育課 学校給食係

電話 0940-52-2906

福津市立神興東小学校

電話 0940-43-0775

FAX 0940-42-7562

## 《福津市学校給食における食物アレルギー対応について（概要）》

### 【基本的な考え方・対応方針】

学校給食における食物アレルギー対応の基本的な考え方は、全ての児童生徒が給食時間を安全に、かつ、楽しんで過ごせるようにするため、安全性を最優先とする。

安全性の確保のため、原因食物の完全除去対応（するかしないか）とする。

### ○対応申請から対応開始まで

・食物アレルギー対応申請は、

医療機関を受診し医師による学校生活管理指導表(様式1)・

保護者による食物アレルギー個別取組プラン・緊急時個別対応カード(様式1-1)を学校に提出することを必須とする。

それを基に保護者、学校関係者で面談を行い、学校は対応について個別取組プランを作成し決定する。

調理場及び学校において安全に学校給食を提供できる体制

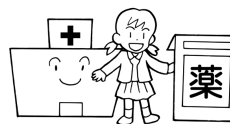
(事前に配布する献立表、調理作業の中で、児童生徒が食べる時等)を保護者とともに確認する。

栄養士等は、具体的な作業手順を整理し、周知徹底を図り、混入や誤食がないよう万全の準備をする。

### ○給食の除去対応について

・原因食物の異なる児童生徒が複数いる場合は、ひとつの料理について、該当する原因食物をすべて除去したひとつの除去食とする。

・給食で除去食提供ができない場合や調味料の除去が必要な場合、家庭からの弁当や代替食を持参する。



※ 食物アレルギーではなく、病気や投薬にかかる除去については各学校へご相談ください。

### ○校内食物アレルギー対応委員会の設置・運営について

【構成メンバー(例)】校長・教頭・主幹教諭・養護教諭・学級担任・栄養教諭、学校栄養職員(栄養士)・給食主任・保健主事等

【実施事項】

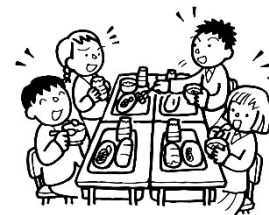
- ・アレルギー疾患のある児童生徒の把握と対応決定
- ・教職員の役割分担の作成
- ・緊急時対応の確認
- ・緊急時対応の校内訓練の実施
- ・献立の確認
- ・ヒヤリハット事例の検証
- ・個別の取組プランの検証
- ・その他必要事項



### ○教室での対応について

・誤食が起こらないよう献立表や内容の確認、配膳や片付けの注意点など確認のルールを決めるなど配慮する。

※共同調理場から配送する場合は、日頃より受配校との連携をとり、受け取りのルール確認を行う。



### ○対応の解除について

・医師の診断により除去対応解除になった場合でも、家庭において複数回食べて、症状が誘発されないことを確認した上で、学校に解除申請書を提出する。



すべての児童生徒が、安全・安心で楽しい学校給食時間となるよう取り組みます。

問合せ先 福津市教育委員会 学校教育課保健給食係  
TEL (0940) 62-5090 ・ FAX (0940) 43-9004



**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

	病型・治療	学校生活上の留意点	記載日
		年 月 日	医師名
	医療機関名		
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	Ⓔ
	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
	年 月 日	医師名	Ⓔ
	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
	年 月 日	医師名	Ⓔ
	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 \_\_\_\_\_