

令和6年12月24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 的 場 隆 幸

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1月31日(金)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。

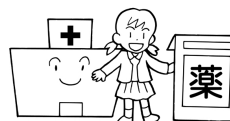
調理場及び学校において安全に学校給食を提供できる体制（事前に配布する献立表、調理作業の中で、児童生徒が食べる時等）を保護者とともに確認する。

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

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。

		病型・治療	学校生活上の留意点	★保護者
アナフィラキシー (あり・なし)	食物アレルギー (あり・なし)	Ⅰ 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	Ⅰ 給食 1. 管理不要 2. 管理必要 <hr/> Ⅱ 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要	【緊急時連絡先】 ★保護者 電話： <hr/> ★連絡医療機関 医療機関名： <hr/> 電話：
		Ⅱ 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（	Ⅲ 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要 <hr/> Ⅳ 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 <hr/> Ⅴ 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	
		Ⅲ 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 〈 〉 2. 牛乳・乳製品 〈 〉 3. 小麦 〈 〉 4. ソバ 〈 〉 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 〈 〉	Ⅵ その他の配慮・管理事項(自由記述)	記載日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 <hr/> 医師名 _____ ⑤
		Ⅳ 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（		医療機関名 _____
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： <hr/> ★連絡医療機関 医療機関名： <hr/> 電話：
		Ⅰ 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良 <hr/> Ⅱ-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 () () <hr/> Ⅱ-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 () <hr/> Ⅱ-3 長期管理薬（注射） 1. 生物学的製剤 () <hr/> Ⅲ 発作時の対応 1. ベータ刺激薬吸入 () () 2. ベータ刺激薬内服 () ()	Ⅰ 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要 <hr/> Ⅱ 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 <hr/> Ⅲ 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 <hr/> Ⅳ その他の配慮・管理事項(自由記述)	記載日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 <hr/> 医師名 _____ ⑤ <hr/> 医療機関名 _____

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
	アトピー性皮膚炎 (あり・なし)	Ⅰ 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		Ⅱ 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	
Ⅲ-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 ()		Ⅲ-2 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他 ()	Ⅲ-3 常用する注射薬 1. 生物学的製剤	Ⅳ 動物との接触 1. 管理不要 2. 管理必要	
			Ⅴ 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要		医療機関名 _____
			Ⅵ その他の配慮・管理事項(自由記述)		
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
	Ⅰ 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 () Ⅱ 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 ()		Ⅲ プール指導 1. 管理不要 2. 管理必要		年 月 日
			Ⅳ 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要		医師名 _____ ⑤
			Ⅴ その他の配慮・管理事項(自由記載)		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
	Ⅰ 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 Ⅱ 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 ()		Ⅲ 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要		年 月 日
			Ⅳ その他の配慮・管理事項(自由記載)		医師名 _____ ⑤
					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 _____