

記入日：令和 年 月 日

## 令和 年度高松市立 学校 食物アレルギー対応希望調査票

|                  |      |  |                 |                    |
|------------------|------|--|-----------------|--------------------|
| 学校名              |      |  | 学年・学級           | 年 組                |
| (ふりがな)<br>児童生徒氏名 |      |  | 生年月日            | 年 月 日生             |
| (ふりがな)<br>保護者氏名  |      |  | FAX 番号<br>(あれば) |                    |
| 電話番号             | 自宅番号 |  | 携帯番号            | (第1連絡先)<br>(第2連絡先) |
| 住 所              | 〒    |  |                 |                    |

## 1 医療機関への通院・エピペン®等について

該当する項目の□にチェックを入れ、カッコ内には御記入ください。

|   |   |
|---|---|
| 食物アレルギーについて、医師の診断のうえで除去を行っていますか？  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 食物アレルギーについて、通院している医療機関はどこですか？   | 医療機関名：( )<br>主治医名：( )<br><input type="checkbox"/> 通院している医療機関はない   |
| これまでに食物によるアナフィラキシー* <sub>1</sub> やアナフィラキシーショック* <sub>2</sub> を起こしたことがありますか？<br><br>* <sub>1</sub> 急速に、全身性に重篤な症状が現れる場合<br>* <sub>2</sub> アナフィラキシーに血圧低下・意識障害を伴う場合 | <input type="checkbox"/> ある →原因食品<br><input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> クルミ<br><input type="checkbox"/> カシューナッツ <input type="checkbox"/> エビ・カニ<br>上記以外の場合：( )<br><input type="checkbox"/> なし |
| エピペン® を処方されていますか？   | <input type="checkbox"/> ある ( ) 本 <input type="checkbox"/> なし   |
| これまでにエピペン®を使用したことがありますか？  | <input type="checkbox"/> ある →これまでに使用した回数<br><input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回以上<br><input type="checkbox"/> なし  |
| 食物アレルギーによる症状出現に備え、右欄の薬は処方されていますか？   | <input type="checkbox"/> 抗ヒスタミン薬 (薬の名前： ) <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> ステロイド薬 (薬の名前： ) <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> 吸入の気管支拡張薬 (薬の名前： ) <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> 内服の気管支拡張薬 (薬の名前： ) <input type="checkbox"/> なし |

## 2 食物除去の状況について

食品名を記入し、該当する項目の□にチェックを入れてください。

※調査票記入時の注意事項（注1）（注2）（注3）をよくお読みのうえ、御記入ください。

|    | 除去している食品・<br>給食で除去を希望<br>する食品(注1) | これまで全く食べ<br>たことがない食品<br>ですか？(注2)                         | これまでにアナフィ<br>ラキシーを起こした<br>ことがありますか？                      | コンタミネーション<br>程度の微量でも症<br>状が出現します<br>か？(注3)   | 医師の診断や指<br>示に従って除去し<br>ている食品です<br>か？                     |
|----|-----------------------------------|--|--|--|--|
| 1  |                                   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br><input type="checkbox"/> わからない | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2  |                                   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br><input type="checkbox"/> わからない | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3  |                                   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br><input type="checkbox"/> わからない | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 4  |                                   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br><input type="checkbox"/> わからない | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 5  |                                   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br><input type="checkbox"/> わからない | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 6  |                                   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br><input type="checkbox"/> わからない | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 7  |                                   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br><input type="checkbox"/> わからない | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 8  |                                   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br><input type="checkbox"/> わからない | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 9  |                                   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br><input type="checkbox"/> わからない | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 10 |                                   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br><input type="checkbox"/> わからない | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

## 3 学校給食における対応の希望について

該当する項目の□にチェックを入れてください。

各学校の対応に合わせて  
変更してください。

|   |                       |   |
|---|-----------------------|---|
| 1 | 給食すべての停止 (*1)         | <input type="checkbox"/> 希望する   |
| 2 | 給食の一部停止               | <input type="checkbox"/> 希望する →停止する区分<br><input type="checkbox"/> 飲用牛乳 <input type="checkbox"/> 主食 <input type="checkbox"/> 副食  |
| 3 | 本人が除いて食べる <u>(*2)</u> | <input type="checkbox"/> 希望する<br>→除去する食品 ( )  |
| 4 | 除去食対応 (*3)            | <input type="checkbox"/> 希望する →除去する食品<br><input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 大麦 <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> いか |
| 5 | 詳細な献立表の配布             | <input type="checkbox"/> 希望する<br>※3、4の対応を希望される方はチェックを入れてください。   |
| 6 | 加工食品のアレルゲン一覧表の配布      | <input type="checkbox"/> 希望する<br>※3、4の対応を希望される方はチェックを入れてください。   |

\*1 極微量で反応が誘発される場合やアレルゲンが多品目にわたる場合、この対応が必要となることがあります。御家庭から毎日弁当の持参をお願いします。

\*2 詳細な献立表をもとに保護者や担任などの指示又は児童生徒自身の判断で、給食から原因食品を除いて食べる対応です。ただし、果物、個包装のデザートなど単品で提供されるもの以外（スープからうずら卵を取り除くなど）は適用されません。

\*3 調理過程で原因食物を除いた給食を提供します。

※代替食の提供はありませんので、その日の給食において、原因食物が使用された献立については、その献立の代わりに御家庭から弁当の持参をお願いします。

## 4 その他、気になることなどがあればお書きください

(例) 給食当番をはずしてほしい

給食時に他の児童の牛乳がとばないように配置を考慮してほしいなど

## 調査票記入時の注意事項

## (注 1) 除去している食品・給食で除去を希望する食品の記入について

## 1 果物・野菜アレルギーの場合 (例 1 参照)

- ・生の果物・野菜のみ除去している場合は「生の〇〇」と記載してください。  
生も加熱しているもの(濃縮還元やジャムなど)も除去している場合は、「生の」は不要です。
- ・多種類の果物・野菜を除去している場合は、同じ枠内に記入してください。  
ただし、ももではアナフィラキシーを起こしたことがあるが、りんご・さくらんぼは口腔粘膜症状のみという場合は、「もも」と「りんご・さくらんぼ」は別枠に記入してください。

## 2 魚アレルギーの場合 (例 2 参照)

- ・食べられない魚の種類が決まっている場合はその種類を記入してください。ほとんどの魚が食べられない場合は「魚全般」と記入してください。
- ・だしの摂取が可能か不可能を記入してください。

## 3 卵アレルギーの場合 (例 3 参照)

加熱卵は食べられるが、マヨネーズや生・半熟卵を除去している場合は、記入してください。

## 4 ナッツアレルギーの場合 (例 4 参照)

クルミアレルギーと診断されているが、カシューナッツも食べたことはないが除去している場合は、それぞれ別枠に記入してください。

## (注 2) これまで全く食べたことのない食品の場合 (例 3・4 参照)

- ・「これまでアナフィラキシーを起こしたことがありますか？」の質問項目では「いいえ」にチェックを入れてください。
- ・「コンタミネーション程度の微量でも症状が出現しますか？」の質問項目では「わからない」にチェックを入れてください。

|     | 除去している食品・給食で除去を希望する食品 | これまで全く食べたことがない食品ですか？  | これまでアナフィラキシーを起こしたことがありますか？  | コンタミネーション程度の微量でも症状が出現しますか？  | 医師の診断や指示に従って除去している食品ですか？  |
|-----|-----------------------|---|---|---|---|
| 例 1 | 生のりんご・さくらんぼ           | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ<br><input type="checkbox"/> わからない | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
|     | もも                    | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ<br><input type="checkbox"/> わからない | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 例 2 | 魚全般<br>(だし摂取可能)       | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ<br><input type="checkbox"/> わからない | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 例 3 | 生・半熟卵<br>マヨネーズ        | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br><input checked="" type="checkbox"/> わからない | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 例 4 | クルミ                   | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ<br><input type="checkbox"/> わからない | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
|     | カシューナッツ               | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br><input checked="" type="checkbox"/> わからない | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

**(注3)「コンタミネーション程度の微量でも症状が出現する」とは、具体的には下記のような状況を指します。**

- みそ・しょうゆ・酢などの調味料やアレルギーが微量含まれる添加物でも症状が出現する。
- 魚アレルギーの場合、少量のだしでも症状が出現する。
- 加工食品の原材料の欄外表記（注意喚起表示）の表示がある場合についても除去が必要である。

（注意喚起例）

- ・本品製造工場では〇〇を含む製品を製造しています。
  - ・本製品で使用しているしらすは、えび、かにが混ざる漁法で採取しています。
  - ・本製品で使用しているイトヨリダイは、えび、かにを食べています。
- 食器や調理器具の共用ができない。
  - 揚げ油の共用ができない。

## 令和 年度 高松市立 学校 面談記録票

|       |                  |        |     |  |
|-------|------------------|--------|-----|--|
| 面談年月日 | 令和 年 月 日         | 面談出席者  |     |  |
| 学校名   |                  | 児童生徒氏名 | 年 組 |  |
| 面談者氏名 | 続柄 ( )<br>続柄 ( ) |        |     |  |

## 1 受診などの状況

|                          |  |
|--------------------------|--|
| 通院している医療機関               | <input type="checkbox"/> なし (※通院していない場合は注意が必要)<br><input type="checkbox"/> あり<br>医療機関名：( )<br>主治医名：( )   |
| アナフィラキシーやアナフィラキシーショックの既往 | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり (※リスクありの場合は注意が必要)<br>原因食物 (※多種類にわたる場合は注意が必要)<br><input type="checkbox"/> 卵 ( <input type="checkbox"/> 加熱 <input type="checkbox"/> 生・半熟 ) <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦<br><input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> クルミ <input type="checkbox"/> カシューナッツ <input type="checkbox"/> エビ・カニ<br>上記以外の場合：( )   |
| エピペン®                    | <input type="checkbox"/> なし (※アナフィラキシー既往あるがエピペンがない場合は注意が必要)<br><input type="checkbox"/> あり ( 本 )   |
| エピペン®使用歴                 | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> 1回 (使用時期： 年 月 )<br><input type="checkbox"/> 2回以上 (最終使用時期： 年 月 )   |
| エピペン®以外の処方薬              | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> 抗ヒスタミン薬 (種類： )<br><input type="checkbox"/> ステロイド薬 (種類： )<br><input type="checkbox"/> セレスタミン® (抗ヒスタミン+ステロイド)<br><input type="checkbox"/> 吸入の気管支拡張薬 (種類： )<br><input type="checkbox"/> エアージェル (吸入補助器具： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)<br><input type="checkbox"/> ドライパウダー製剤<br><input type="checkbox"/> ネブライザー<br><input type="checkbox"/> 内服の気管支拡張薬 (種類： ) |

## 2 原因食品と誘発症状

※「微量も不可」にチェックがある場合、完全弁当対応を考慮してください。

No. 1

| 原因食品 | 摂取可能量 / 具体的な症状   | 備考 (※)  |
|------|--|---|
|      | 摂取可能量： <input type="checkbox"/> なし<br>ある場合 ( )<br>摂取すると出現する可能性のある症状：<br><input type="checkbox"/> 皮膚粘膜症状 ( <input type="checkbox"/> 局所的 <input type="checkbox"/> 全身的 )<br><input type="checkbox"/> 呼吸器症状 ( <input type="checkbox"/> 軽い咳 <input type="checkbox"/> 持続する咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴・呼吸困難 )<br><input type="checkbox"/> 消化器症状 ( <input type="checkbox"/> 軽い腹痛・嘔吐・下痢 <input type="checkbox"/> 強い腹痛・嘔吐・下痢 )<br><input type="checkbox"/> 循環器症状 ( <input type="checkbox"/> 血圧低下 <input type="checkbox"/> 意識障害 ) | <input type="checkbox"/> 微量も不可<br><input type="checkbox"/> アナフィラキシー<br>既往あり |
|      | 摂取可能量： <input type="checkbox"/> なし<br>ある場合 ( )<br>摂取すると出現する可能性のある症状：<br><input type="checkbox"/> 皮膚粘膜症状 ( <input type="checkbox"/> 局所的 <input type="checkbox"/> 全身的 )<br><input type="checkbox"/> 呼吸器症状 ( <input type="checkbox"/> 軽い咳 <input type="checkbox"/> 持続する咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴・呼吸困難 )<br><input type="checkbox"/> 消化器症状 ( <input type="checkbox"/> 軽い腹痛・嘔吐・下痢 <input type="checkbox"/> 強い腹痛・嘔吐・下痢 )<br><input type="checkbox"/> 循環器症状 ( <input type="checkbox"/> 血圧低下 <input type="checkbox"/> 意識障害 ) | <input type="checkbox"/> 微量も不可<br><input type="checkbox"/> アナフィラキシー<br>既往あり |
|      | 摂取可能量： <input type="checkbox"/> なし<br>ある場合 ( )<br>摂取すると出現する可能性のある症状：<br><input type="checkbox"/> 皮膚粘膜症状 ( <input type="checkbox"/> 局所的 <input type="checkbox"/> 全身的 )<br><input type="checkbox"/> 呼吸器症状 ( <input type="checkbox"/> 軽い咳 <input type="checkbox"/> 持続する咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴・呼吸困難 )<br><input type="checkbox"/> 消化器症状 ( <input type="checkbox"/> 軽い腹痛・嘔吐・下痢 <input type="checkbox"/> 強い腹痛・嘔吐・下痢 )<br><input type="checkbox"/> 循環器症状 ( <input type="checkbox"/> 血圧低下 <input type="checkbox"/> 意識障害 ) | <input type="checkbox"/> 微量も不可<br><input type="checkbox"/> アナフィラキシー<br>既往あり |
|      | 摂取可能量： <input type="checkbox"/> なし<br>ある場合 ( )<br>摂取すると出現する可能性のある症状：<br><input type="checkbox"/> 皮膚粘膜症状 ( <input type="checkbox"/> 局所的 <input type="checkbox"/> 全身的 )<br><input type="checkbox"/> 呼吸器症状 ( <input type="checkbox"/> 軽い咳 <input type="checkbox"/> 持続する咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴・呼吸困難 )<br><input type="checkbox"/> 消化器症状 ( <input type="checkbox"/> 軽い腹痛・嘔吐・下痢 <input type="checkbox"/> 強い腹痛・嘔吐・下痢 )<br><input type="checkbox"/> 循環器症状 ( <input type="checkbox"/> 血圧低下 <input type="checkbox"/> 意識障害 ) | <input type="checkbox"/> 微量も不可<br><input type="checkbox"/> アナフィラキシー<br>既往あり |

| 原因食品 | 摂取可能量 / 具体的な症状   | 備考 (※)  |
|------|--|---|
|      | 摂取可能量： <input type="checkbox"/> なし<br>ある場合 ( )<br>摂取すると出現する可能性のある症状：<br><input type="checkbox"/> 皮膚粘膜症状 ( <input type="checkbox"/> 局所的 <input type="checkbox"/> 全身的 )<br><input type="checkbox"/> 呼吸器症状 ( <input type="checkbox"/> 軽い咳 <input type="checkbox"/> 持続する咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴・呼吸困難 )<br><input type="checkbox"/> 消化器症状 ( <input type="checkbox"/> 軽い腹痛・嘔吐・下痢 <input type="checkbox"/> 強い腹痛・嘔吐・下痢 )<br><input type="checkbox"/> 循環器症状 ( <input type="checkbox"/> 血圧低下 <input type="checkbox"/> 意識障害 ) | <input type="checkbox"/> 微量も不可<br><input type="checkbox"/> アナフィラキシー<br>既往あり |
|      | 摂取可能量： <input type="checkbox"/> なし<br>ある場合 ( )<br>摂取すると出現する可能性のある症状：<br><input type="checkbox"/> 皮膚粘膜症状 ( <input type="checkbox"/> 局所的 <input type="checkbox"/> 全身的 )<br><input type="checkbox"/> 呼吸器症状 ( <input type="checkbox"/> 軽い咳 <input type="checkbox"/> 持続する咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴・呼吸困難 )<br><input type="checkbox"/> 消化器症状 ( <input type="checkbox"/> 軽い腹痛・嘔吐・下痢 <input type="checkbox"/> 強い腹痛・嘔吐・下痢 )<br><input type="checkbox"/> 循環器症状 ( <input type="checkbox"/> 血圧低下 <input type="checkbox"/> 意識障害 ) | <input type="checkbox"/> 微量も不可<br><input type="checkbox"/> アナフィラキシー<br>既往あり |
|      | 摂取可能量： <input type="checkbox"/> なし<br>ある場合 ( )<br>摂取すると出現する可能性のある症状：<br><input type="checkbox"/> 皮膚粘膜症状 ( <input type="checkbox"/> 局所的 <input type="checkbox"/> 全身的 )<br><input type="checkbox"/> 呼吸器症状 ( <input type="checkbox"/> 軽い咳 <input type="checkbox"/> 持続する咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴・呼吸困難 )<br><input type="checkbox"/> 消化器症状 ( <input type="checkbox"/> 軽い腹痛・嘔吐・下痢 <input type="checkbox"/> 強い腹痛・嘔吐・下痢 )<br><input type="checkbox"/> 循環器症状 ( <input type="checkbox"/> 血圧低下 <input type="checkbox"/> 意識障害 ) | <input type="checkbox"/> 微量も不可<br><input type="checkbox"/> アナフィラキシー<br>既往あり |
|      | 摂取可能量： <input type="checkbox"/> なし<br>ある場合 ( )<br>摂取すると出現する可能性のある症状：<br><input type="checkbox"/> 皮膚粘膜症状 ( <input type="checkbox"/> 局所的 <input type="checkbox"/> 全身的 )<br><input type="checkbox"/> 呼吸器症状 ( <input type="checkbox"/> 軽い咳 <input type="checkbox"/> 持続する咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴・呼吸困難 )<br><input type="checkbox"/> 消化器症状 ( <input type="checkbox"/> 軽い腹痛・嘔吐・下痢 <input type="checkbox"/> 強い腹痛・嘔吐・下痢 )<br><input type="checkbox"/> 循環器症状 ( <input type="checkbox"/> 血圧低下 <input type="checkbox"/> 意識障害 ) | <input type="checkbox"/> 微量も不可<br><input type="checkbox"/> アナフィラキシー<br>既往あり |





令和 年 月 日

様

## 学校給食での食物アレルギー対応について

高松市立 学校給食共同調理場所長  
高松市立 小学校・中学校長

学校給食での食物アレルギーへの対応について、下記のとおりとしますのでお知らせします。

## 記

|        |                          |
|--------|--------------------------|
| 学校名    | 学校 年 組                   |
| 児童生徒氏名 |                          |
| 対応期間   | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで |
| 対応内容   |                          |

- ※ 除去食は氏名・学級を表示した個人用保温ケースで配送します。
- ※ 対応期間中に症状の変更があった場合は、必ず医師の診断を添えて、学校を通じて高松市立 学校給食（共同）調理場に申し出てください。

令和 年 月 日

## 食物アレルギー事故報告書

学校名

校長名

|                       |  |       |         |
|-----------------------|--|-------|---------|
| 発生日時                  | 令和 年 月 日 ( ) 時 分ごろ   |       |         |
| 発生場所                  | <input type="checkbox"/> 教室 <input type="checkbox"/> 運動場・体育館 <input type="checkbox"/> その他 ( )  |       |         |
| 発見者                   | <input type="checkbox"/> 教員 ( <input type="checkbox"/> 担任 <input type="checkbox"/> 担任以外 ) <input type="checkbox"/> 養護教諭・養護助教諭<br><input type="checkbox"/> 栄養教諭・学校栄養職員 <input type="checkbox"/> 給食主任 <input type="checkbox"/> 管理職<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |       |         |
| 該当児童生徒名               |  | 年齢・学年 | 歳 ( 学年) |
| 原因食物・原因献立名            | <input type="checkbox"/> 不明  |       |         |
| アナフィラキシーの発生           | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし  |       |         |
| エピペン®の使用              | <input type="checkbox"/> 使用した <input type="checkbox"/> 使用しなかった   |       |         |
| エピペン®の携帯              | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 処方されていたが携帯していなかった   |       |         |
| 予後                    | <input type="checkbox"/> 回復 (後遺症: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不明   |       |         |
| アレルギー緊急時対応マニュアル(*)の使用 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし  |       |         |
| 症状チェックシート(*)の使用       | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし  |       |         |

\*香川県小児科医会食物アレルギー対策委員会作成

|        |  |
|--------|--|
| 発生状況   | ※児童生徒の症状の変化及び学校での対応がわかるように、できるだけ詳しく時系列で記載してください。症状チェックシートを使用した場合はコピーを添付してください。 |
| 原因     |  |
| 今後の対応策 |  |

※高松市学校給食アレルギー対応委員会記入欄（フィードバック・コメント等）

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

