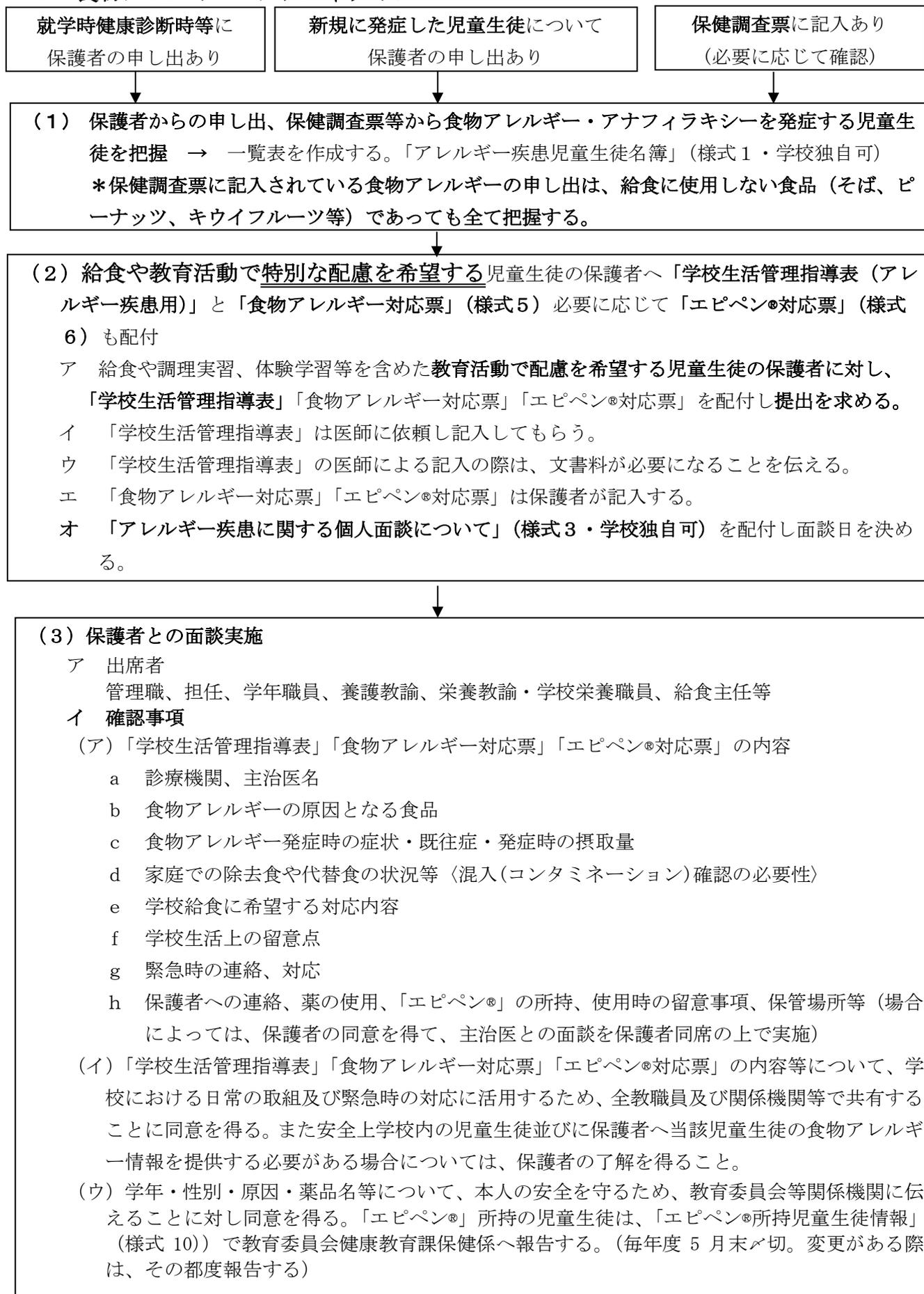


## 2 食物アレルギー・アナフィラキシー



(4) 書類作成「アレルギー個人カルテ 面談等記録票」(様式7)を作成する。



(5) アレルギー対応委員会\*1を開催、対応の検討 \*1については、P8参照【再掲】

ア 目的

アレルギーの児童生徒に対応について学校生活全般における適切な対応を検討し、全教職員が共通理解を図り、より安全な学校生活をめざす。

イ 委員構成

管理職・担任・学年職員・養護教諭、栄養教諭・学校栄養職員、給食・食育主任、学校医、給食調理員代表等 ※アレルギーの実態に応じて構成する。

ウ 開催

校長は必要に応じて、委員会を開催する。

エ 検討事項

(ア) 児童生徒のアレルギー疾患に関する情報を把握し、日常の取組と事故予防、緊急時の対応について協議し、情報を共有する。

(イ) 食物アレルギーの児童生徒は、学校給食・調理実習・体験学習など学校生活全般での対応の方法を検討。小学校、特別支援学校は、学校給食での「除去食」「代替食」対応実施基準、面談や確認書類の事項を考慮し判断する。



(6) 校長が対応を決定



(7) 対応児童生徒一覧表を作成

ア 「配慮を必要とするアレルギー疾患児童生徒名簿」(様式2・学校独自可)を作成する。

イ 小学校・特別支援学校では給食用に「食物アレルギー対応児童生徒一覧表」(様式8)を作成する。



(8) 保護者へ対応を通知

ア 一般の給食の内容説明(献立内容・使用食材等)

イ 調理現場の説明(大量調理の状況・設備・人員配置等)

ウ 給食費の説明(返金の対象の有無)

エ 給食以外の教育活動における留意点を確認

※給食での「除去食」「代替食」が提供できない場合には、丁寧にその理由や状況を説明し保護者の理解を得る。

※「食物アレルギー対応票」「エピペン®対応票」のコピーを渡す。

(9) 教職員への周知徹底

(10) 食物アレルギー  
対応を開始

(11) 年に1回の見直し  
進級に際し、個別の面談  
を行う。

(12) 決定後、変更が生じた場合の対応

ア 学校の基本対応に変更が生じた場合

保護者に決定内容等を知らせるとともに、今後の対応について納得が得られるように話し合いを行う。

イ 医師からの指示内容に変更が生じた場合(対応の解除が生じた場合も含む)

通院中の主治医から治療指示内容に変更が生じた場合は、保護者より速やかに学校へ連絡をもらうようにする。その際、「学校生活管理指導表」を再度主治医が記入し、提出してもらう。ただし、未摂取のものが家で食べられるようになった場合や食物経口負荷試験等を行って症状が出ないことが確認され摂取可能になった食品については、口頭のやりとりのみで済まらず保護者からの書類の申請により除去解除を行う。「除去解除申請書」(様式12)

※学校現場で優先して行うべきこと

①児童生徒がアナフィラキシー症状を起こさないように、日常生活の中でより注意していくこと

②教職員全員で情報共有し対応について確認を行っておくこと

# 1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										
<b>アナフィラキシー</b> (あり・なし)	<b>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)</b> 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>A 給食</b> 1. 管理不要      2. 管理必要		電話:  ★連絡医療機関 医療機関名:  電話:										
	<b>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)</b> 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>B 食物・食材を扱う授業・活動</b> 1. 管理不要      2. 管理必要												
<b>食物アレルギー</b> (あり・なし)	<b>C 原因食物・除去根拠</b> 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 《 _____ 》 ( )	<b>C 運動(体育・部活動等)</b> 1. 管理不要      2. 管理必要		記載日  年      月      日  医師名  ⑩										
	<b>D 緊急時に備えた処方薬</b> 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 _____ )	<b>D 宿泊を伴う校外活動</b> 1. 管理不要      2. 管理必要												
<b>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</b> ※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		<b>F その他の配慮・管理事項(自由記述)</b>		医療機関名										
<b>気管支ぜん息</b> (あり・なし)	<b>病型・治療</b>		<b>学校生活上の留意点</b>		<b>★保護者</b>									
	<b>A 症状のコントロール状態</b> 1. 良好      2. 比較的良好      3. 不良		<b>A 運動(体育・部活動等)</b> 1. 管理不要      2. 管理必要		電話:									
	<b>B-1 長期管理薬(吸入)</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>薬剤名</th> <th>投与量/日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ステロイド吸入薬</td> <td>( ) ( )</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td>( ) ( )</td> </tr> <tr> <td>3. その他</td> <td>( ) ( )</td> </tr> </tbody> </table>		薬剤名	投与量/日	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>B 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動</b> 1. 管理不要      2. 管理必要		★連絡医療機関 医療機関名:	
	薬剤名	投与量/日												
	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>B-2 長期管理薬(内服)</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>薬剤名</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ロイコトリエン受容体拮抗薬</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>2. その他</td> <td>( )</td> </tr> </tbody> </table>		薬剤名		1. ロイコトリエン受容体拮抗薬	( )	2. その他	( )	<b>C 宿泊を伴う校外活動</b> 1. 管理不要      2. 管理必要		電話:				
薬剤名														
1. ロイコトリエン受容体拮抗薬	( )													
2. その他	( )													
<b>B-3 長期管理薬(注射)</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>薬剤名</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 生物学的製剤</td> <td>( )</td> </tr> </tbody> </table>		薬剤名		1. 生物学的製剤	( )	<b>D その他の配慮・管理事項(自由記述)</b>		記載日  年      月      日  医師名  ⑩						
薬剤名														
1. 生物学的製剤	( )													
<b>C 発作時の対応</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>薬剤名</th> <th>投与量/日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ベータ刺激薬吸入</td> <td>( ) ( )</td> </tr> <tr> <td>2. ベータ刺激薬内服</td> <td>( ) ( )</td> </tr> </tbody> </table>		薬剤名	投与量/日	1. ベータ刺激薬吸入	( ) ( )	2. ベータ刺激薬内服	( ) ( )	医療機関名		⑩				
薬剤名	投与量/日													
1. ベータ刺激薬吸入	( ) ( )													
2. ベータ刺激薬内服	( ) ( )													

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 \_\_\_\_\_