様式1

【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。

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

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

［除去根拠］ 該当するもの全てを《 》内に記載
① 明らかな症状の既往　② 食物経口負荷試験陽性
③ IgE抗体等検査結果陽性　④ 未摂取

（ ）に具体的な食品名を記載

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　《　》（　）

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　（　　）

学校生活上の留意点

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）

【緊急時連絡先】

★保護者
電話：

★連絡医療機関
医療機関名：
電話：

記載日
年　月　日
医師名
㊞
医療機関名

気管支ぜん息（あり・なし）

病型・治療

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）　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-2 長期管理薬（内服）　薬剤名
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）　薬剤名
1. 生物学的製剤　（　）

C 発作時の対応　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　（　）（　）

学校生活上の留意点

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）

【緊急時連絡先】

★保護者
電話：

★連絡医療機関
医療機関名：
電話：

記載日
年　月　日
医師名
㊞
医療機関名

（公財）日本学校保健会　作成

【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

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

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-3　常用する注射薬

1. 生物学的製剤

学校生活上の留意点

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

B　動物との接触

1. 管理不要　2. 管理必要

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）

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

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　（　　）

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　（　　）

学校生活上の留意点

A　プール指導

1. 管理不要　2. 管理必要

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）

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

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

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　（　　）

学校生活上の留意点

A　屋外活動

1. 管理不要　2. 管理必要

B　その他の配慮・管理事項（自由記載）

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（公財）日本学校保健会　作成

様式2

保護者面談表（食物アレルギー）

表面

面談日：　　年　　月　　日　　記入者：

学校名	十津川第一小学校　・　十津川第二小学校　・　十津川中学校
児童生徒氏名	（　　）年　名前（フリガナ）（　　）　性別（　　）
面談者	保護者氏名：　　（続柄：　　）
	校長（教頭）・学級担任・養護教諭・給食主任・栄養教諭・その他（　　）

		確　認　事　項	確認	聞き取り内容
学校生活管理指導表	病型・治療	食物アレルギーのあり・なしが記載されているか。		
		（ありの場合は A 食物アレルギー病型に記載があるか。）		
		アナフィラキシーあり・なしが記載されているか。		
		（ありの場合はBアナフィラキシー病型に記載があるか。）		
		C原因食物・除去根拠の記載があるか。		
		家庭での除去食や代替食の状況の確認（様式４参照）。		
		原因食物を摂取した場合の症状（様式４参照）。		
		どれくらいの頻度で出るか（様式４参照）。		
		D緊急時に備えた処方薬の確認。		
		（エピペン®処方ありの場合は、使用経験の有無を確認。）		
		（使用経験ありの場合は、使用した時期を確認。）		
		（エピペンⓇ処方ありの場合は、有効期限を確認。）		
		薬剤使用時の留意事項の確認。		
	学校生活上の留意点	A給食について確認。		
		B食物・食材を扱う授業・活動について確認。		
		C運動（体育・部活動等）について確認。		
		D宿泊を伴う校外活動について確認。		
		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。		
		コンタミネーションの確認（別添参考）。		
		（コンタミネーションの除去が必要な場合は給食提供ができないことを説明）		
		Fその他の配慮・管理事項		
		同意欄に署名があるか確認。		

※原本（学校保管）→コピー（栄養教諭保管）

様式2

保護者面談表（食物アレルギー）

裏面

確　認　事　項		確認	聞き取り内容
学校給食における対応について	対応品目の説明と確認。（聞き取り内容に品目を記入）		
	対応の種類を説明したか。		
	弁当持参（一部弁当）に対する説明をしたか		
	おかわりについて説明したか。		
	献立表またはアレルギー指示書を毎月保護者が確認することを説明したか。		
	食物アレルギー対応食のある日を、保護者と児童生徒で確認することを説明したか。		
	体調の変化により対応が変更になった場合は管理指導表の再提出、不要になった場合は解除申請書を提出してもらうことを説明したか。		
	管理指導表は、情報を更新して（前年度と同様であっても）毎年提出してもらう必要があることを説明したか。		
	【新規の場合】 加工食品の原材料表示確認をしてもらうことを説明する。		
	【新規の場合】 アレルゲンの有無が明らかな食品の原材料表示の確認も希望するかを確認。		
	給食当番ができるか確認。		
その他	（様式６） アレルギー緊急時個別対応カードの記入漏れ確認。		
	緊急連絡先等の確認。		
	消防署への情報共有の説明をしたか。 （アナフィラキシーやエピペン®所有者のみ）		
備考			

※原本（学校保管）→コピー（栄養教諭保管）

別添参考
文部科学省アレルギー対応指針P21より抜粋

（ア）極微量で反応が誘発される可能性がある等の場合

a） 調味料・だし・添加物の除去が必要

b） 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指示がある

（注意喚起例）

○同一工場、製造ライン使用によるもの

「本品製造工場では○○（特定原材料等の名称）を含む製品を製造しています。」

○原材料の採取方法によるもの

「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。」

○えび、かにを補食していることによるもの

「本製品（かまぼこ）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。」

c） 多品目の食物除去が必要

d） 食器や調理器具の共用ができない

e） 油の共用ができない

f） その他、上記に類似した学校給食で対応が困難と考えられる状況

様式3－1

保護者面談表（気管支ぜん息）

面談日：　　年　　月　　日　　記入者：

学校名	十津川第一小学校　・　十津川第二小学校　・　十津川中学校
児童生徒氏名	（　　）年　名前（フリガナ）（　　）　性別（　　）
面談者	保護者氏名：　　（続柄：　　）
	校長（教頭）・学級担任・養護教諭・給食主任・栄養教諭・その他（　　）

		確　認　事　項	確認	聞き取り内容
学校生活管理指導表	病型・治療	A症状のコントロール状態の確認。		
		B（1～3）長期管理薬（吸入・内服・注射）の確認。		
		C発作時の対応確認。		□保護者に連絡する　□救急要請　□処方薬あり □その他（　　） 詳細
	学校生活上の留意点	A運動（体育・部活動等）		
		急性発作が起こりやすい運動があるか。		
		B動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動の確認。		
		C宿泊を伴う校外活動の確認。		
		Dその他の配慮・管理事項		
		急性発作の起こりやすい季節・天候があるか。		
		急性発作予防で使用している薬はあるか。		
		同意欄に署名があるか確認。		
その他		アレルギー緊急時個別対応カードの保護者への確認。		
		緊急連絡先等の確認。		
		消防署への情報共有の説明をしたか。		
		吸入器等を使用している場合、航空機の機内に持ち込むことができるか。 （修学旅行等で航空機を使用する場合対応が必要となる可能性について説明）		
備考				

※原本（学校保管）

様式３－２

保護者面談表（アトピー性皮膚炎）

面談日：　　年　　月　　日　　記入者：

学校名	十津川第一小学校　・　十津川第二小学校　・　十津川中学校
児童生徒氏名	（　　）年　名前（フリガナ）（　　）　性別（　　）
面談者	保護者氏名：　　（続柄：　　）
	校長（教頭）・学級担任・養護教諭・給食主任・栄養教諭・その他（　　）

		確　認　事　項	確認	聞き取り内容
学校生活管理指導表	病型・治療	Ａ重傷度のめやす（１～４確認）		
		Ｂ－１常用する外用薬の確認。		
		Ｂ－２常用する内服薬の確認。		
		Ｂ－３常用する注射薬の確認。		
	学校生活上の留意点	Ａプール指導及び長時間の紫外線下での活動の確認。		
		Ｂ動物との接触の確認。		
		Ｃ発汗後の確認。		
		Ｄその他の配慮・管理事項		
その他		医療機関の確認。		
備考				

※原本（学校保管）

様式3－3

保護者面談表（アレルギー性結膜炎）

面談日：　　年　　月　　日　　記入者：

学校名	十津川第一小学校　・　十津川第二小学校　・　十津川中学校
児童生徒氏名	（　　）年　名前（フリガナ）（　　）　性別（　　）
面談者	保護者氏名：　　（続柄：　　）
	校長（教頭）・学級担任・養護教諭・給食主任・栄養教諭・その他（　　）

		確認事項	確認	聞き取り内容
学校生活管理指導表	病型・治療	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		
		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		
	学校生活上の留意点	Aプール指導		
		B屋外活動		
		Cその他の配慮・管理事項		
その他		医療機関の確認。		
備考				

※原本（学校保管）

様式3－4

保護者面談表（アレルギー性鼻炎）

面談日：　　年　　月　　日　　記入者：

学校名	十津川第一小学校　・　十津川第二小学校　・　十津川中学校
児童生徒氏名	（　　）年　名前（フリガナ）（　　）　性別（　　）
面談者	保護者氏名：　　（続柄：　　）
	校長（教頭）・学級担任・養護教諭・給食主任・栄養教諭・その他（　　）

		確認事項	確認	聞き取り内容
学校生活管理指導表	病型・治療	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）		
		主な症状の時期確認		
		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		
	学校生活上の留意点	A屋外活動		
		Bその他の配慮・管理事項		
その他		医療機関の確認。		
備考				

※原本（学校保管）

様式4

個別支援プラン（食物アレルギー）

表面

学校名：　　作成日　　年　　月　　日

学年	（　　）年（　　）　番　フリガナ 氏名（　　）		
生年月日	年　　月　　日生	性別	男　・　女

食物アレルギーの病型 ※学校生活管理指導表より該当するもの	□　即時型　□　口腔アレルギー症候群　□　食物依存性運動誘発アナフィラキシー				
原因食物					
家庭での除去の様子					
発症時の症状					
頻　　度					
	番号で記入する（①必ず出る　②ほとんど出る　③時々出る　④ほとんど出ない）				
アナフィラキシー既往歴	有　・　無　→　有の場合（回数：　　回、　　）				

緊急時の処方薬	処方薬	管理方法
	□　内服薬　（薬品名:　　）	□本人　（保管場所　　）□その他（　　）
	□　「エピペン®」（アドレナリン自己注射薬）	□本人　（保管場所　　）□その他（　　）
	□　その他（　　）	□本人　（保管場所　　）□その他（　　）

薬剤使用時の留意事項		
学校生活における留意点	給食	（給食については裏面に詳細を記入）
	授業	
	運動	
	校外活動	
	その他	

※緊急時連絡先等は「アレルギー緊急時個別対応カード」に記載

学校における日常の取組および緊急時の対応に活用するため、記載された内容を全教職員及び教育委員会で共有することに同意します。

年　　月　　日　　保護者名　　（印）

※原本（学校保管）→コピー（教育委員会、栄養教諭、保護者、調理員保管）

個別支援プラン（食物アレルギー）

裏面

学校給食における対応決定事項

	対応開始日（　年　月　日）	対応開始日（　年　月　日）	対応開始日（　年　月　日）
詳細な献立対応	※原因食物記載	※原因食物記載	※原因食物記載
除去食対応	※原因食物記載	※原因食物記載	※原因食物記載
弁当対応 （一部・完全）	※原因食物記載	※原因食物記載	※原因食物記載
代替食対応	※原因食物記載	※原因食物記載	※原因食物記載
その他			

その他・特記事項等面談記録

面談日	特　記　事　項	最終診察日
年　月　日		
年　月　日		
年　月　日		
年　月　日		
年　月　日		

※緊急時連絡先等は「アレルギー緊急時個別対応カード」に記載

様式4

個別支援プラン（食物アレルギー）

表面

記入例

学校名：　　作成日　年

学年	（　　）年（　　）　番　フリガナ 氏名（　　）		
生年月日	年　　月　　日生	性別	男　・　女

食物アレルギーの病型 ※学校生活管理指導表より該当するもの	☑ 即時型 ☑ 口腔アレルギー症候群　☐ 食物依存性運動誘発アナフィラキシー		
原因食物	卵	りんご	原因食物が複数ある場合は、追加で記入
家庭での除去の様子	している	している	
発症時の症状	蕁麻疹が出る	口のかゆみ	
頻　度	②	①	症状の頻度を番号で記入
	番号で記入する（①必ず出る　②ほとんど出る　③時々出る　④ほとんど出ない）		
アナフィラキシー既往歴	有　・　無　→　有の場合（回数：　回、　）		

緊急時の処方薬	処方薬	管理方法
	☐ 内服薬　（薬品名:　）	☐本人（保管場所　）☐その他（　）
	☐ 「エピペン®」（アドレナリン自己注射薬）	☐本人（保管場所　）☐その他（　）
		☐本人（保管場所　）☐その他（　）

処方薬があれば記入

薬剤使用時の留意事項	

学校生活における留意点		
	給食	給食や学校生活等での留意点を記入 （給食の詳細な対応については裏面に記入） （給食については裏面に詳細を記入）
	授業	
	運動	
	校外活動	
	その他	

※緊急時連絡先等は「アレルギー緊急時個別対応カード」に記載

学校における日常の取組および緊急時の対応に活用するため、記載された内容を全教職員及び教育委員会で共有することに同意します。

年　　月　　日　　保護者名　　（印）

個別支援プラン（食物アレルギー）

記入例

裏面

学校給食における対応決定事項

	対応開始日（　〇年　〇月　〇日）	対応開始日（　　年　　月　　日）	対応開始日（　　年　　月　　日）
詳細な献立対応	※原因食物記載	※原因食物記載	※原因食物記載
除去食対応	※原因食物記載 **卵**	※原因食物記載	※原因食物記載
弁当対応 （一部・完全）	※原因食物記載	※原因食物記載	※原因食物記載
代替食対応	※原因食物記載 **卵（アレルゲンフリーの既製品）** **りんご（ゼリー）**	※原因食物記載	※原因食物記載
その他	**・給食当番の配慮** **・配膳時確認**		

その他・特記事項等面談記録

面談日	特　記　事　項	最終診察日
〇年　〇月　〇日		
年　　月　　日	**面談での共有情報等あれば記入**	
年　　月　　日		
年　　月　　日		
年　　月　　日		

※緊急時連絡先等は「アレルギー緊急時個別対応カード」に記載

様式5-1

個別支援プラン（気管支ぜん息）

学校名：　　作成日　　年　月　日

学年	（　　）年（　　）　番　フリガナ 氏名（　　）		
生年月日	年　月　日生	性別	男　・　女

原因物質			
発症時の症状	有　・　無　→　有の場合（回数：　回、　）		
	発症時の症状		
緊急時の対応	□保護者に連絡する　□救急要請　□処方薬あり　□その他（　）		
	詳細		
緊急時の処方薬	処方薬	管理方法	
	□　吸入薬　（薬品名:　）	□本人　（保管場所　）□その他（　）	
	□　内服薬　（薬品名:　）	□本人　（保管場所　）□その他（　）	
	□　注射薬　（薬品名:　）	□本人　（保管場所　）□その他（　）	
	□　その他　（　）	□本人　（保管場所　）□その他（　）	
薬剤使用時の留意事項			
学校生活における留意点	運動		
	動物との接触やホコリ等の舞う環境		
	校外活動		
	その他		

※緊急時連絡先等は「アレルギー緊急時個別対応カード」に記載

学校における日常の取組および緊急時の対応に活用するため、記載された内容を全教職員及び教育委員会で共有することに同意します。

年　月　日　保護者名　（印）

※原本（学校保管）→コピー（教育委員会、保護者保管）

様式5-2

個別支援プラン（アトピー性皮膚炎）

学校名：　　作成日　　年　月　日

学年	（　　）年（　　）　番　氏名（フリガナ）（　　）		
生年月日	年　月　日生	性別	男　・　女

原因物質			
発症時の症状	有　・　無		
	発症時の症状		
緊急時の対応	□保護者に連絡する　□救急要請　□処方薬あり　□その他（　　）		
	詳細		
緊急時の処方薬	処方薬	管理方法	
	□　外用薬　（薬品名:　　）	□本人（保管場所　　）□その他（　　）	
	□　内服薬　（薬品名:　　）	□本人（保管場所　　）□その他（　　）	
	□　注射薬　（薬品名:　　）	□本人（保管場所　　）□その他（　　）	
	□　その他　（　　）	□本人（保管場所　　）□その他（　　）	
薬剤使用時の留意事項			
学校生活における留意点	プール 紫外線下		
	動物との 接触		
	発汗後		
	その他		

※緊急時連絡先等は「アレルギー緊急時個別対応カード」に記載

学校における日常の取組および緊急時の対応に活用するため、記載された内容を全教職員及び教育委員会で共有することに同意します。

年　月　日　保護者名　（印）

※原本（学校保管）→コピー（教育委員会、保護者保管）

様式5-3

個別支援プラン（アレルギー性結膜炎）

学校名：　　作成日　　年　　月　　日

学年	（　　）年（　　）　番　　氏名（フリガナ）（　　）		
生年月日	年　　月　　日生	性別	男　・　女

原因物質		
発症時の症状	有　・　無	
	発症時の症状	
緊急時の対応	□保護者に連絡する　□救急要請　□処方薬あり　□その他（　　）	
	詳細	
緊急時の処方薬	処方薬	管理方法
	□　点眼薬　（薬品名:　　）	□本人　（保管場所　　）□その他（　　）
	□　その他　（　　）	□本人　（保管場所　　）□その他（　　）
薬剤使用時の留意事項		
学校生活における留意点	プール	
	屋外活動	
	その他	

※緊急時連絡先等は「アレルギー緊急時個別対応カード」に記載

学校における日常の取組および緊急時の対応に活用するため、記載された内容を全教職員及び教育委員会で共有することに同意します。

年　　月　　日　　保護者名　　（印）

※原本（学校保管）→コピー（教育委員会、保護者保管）

様式5-4

個別支援プラン（アレルギー性鼻炎）

学校名：　　作成日　　年　　月　　日

学年	（　　）年（　　）　番　フリガナ 氏名（　　）		
生年月日	年　　月　　日生	性別	男　・　女

原因物質			
発症時の症状	有　・　無		
	発症時の症状		
緊急時の対応	□保護者に連絡する　□救急要請　□処方薬あり　□その他（　　）		
	詳細		
緊急時の処方薬	処方薬	管理方法	
	□　内服薬　（薬品名:　　）	□本人（保管場所　　）□その他（　　）	
	□　舌下免疫療法　（　ダニ　・　スギ　）	□本人（保管場所　　）□その他（　　）	
	□　その他　（　　）	□本人（保管場所　　）□その他（　　）	
薬剤使用時の留意事項			
学校生活における留意点	屋外活動		
	その他		

※緊急時連絡先等は「アレルギー緊急時個別対応カード」に記載

学校における日常の取組および緊急時の対応に活用するため、記載された内容を全教職員及び教育委員会で共有することに同意します。

年　　月　　日　　保護者名　　（印）

※原本（学校保管）→コピー（教育委員会、保護者保管）

様式6-1

アレルギー緊急時個別対応カード（食物アレルギー）

学校名：十津川　　学校

年　　名前（フリガナ）　　生年月日　　年　　月　　日生

住所

	連絡の順	名前	本人との関係	電話番号
緊急時連絡先	1			
	2			
	3			

医療機関	医療機関名	医師の名前	医療機関住所	電話番号
主治医				
緊急時				

アレルギーについて	診　　断　　名			
	ｱﾅﾌｨﾗｷｼｰｼｮｯｸの既往	有　　無	ぜん息（ｱﾅﾌｨﾗｷｼｰ重症化の危険因子）	有　　無
	ｱﾚﾙｷﾞｰの原因となるもの			
	内服薬等	有（薬：　　）無	内服薬等保管場所	
	「エピペン®」	有（　　mg 有効期限　　年　　月）無	「エピペン®」保管場所	

特に過敏であることが予想され注意を要する食品　（　　）

学校での対応

原因がわからなくても軽い症状が出ている

- 皮膚　：限られた範囲のかゆみ、じんましん（数個）、部分的に赤い斑点
- 口　　：口のかゆみ、唇が少し腫れている
- 呼吸　：軽い咳、くしゃみ

学校の対応

- 教職員の応援を呼ぶ。必ず教職員が本人に付き添い衣服をゆるめ、安静にして注意深く観察する
  ※本人を動かさない
- 「エピペン®」準備、本人に持たせる
  （症状が進行するなら打つことを考慮する）
- 内服薬等があれば服薬するよう指示する
- 保護者に連絡する
- 記録開始

特に過敏であることが予想され注意を要する食品を食べた（かもしれない）

上記の食品を食べ（または食べたことが予想され）、何らかの症状が出現した場合

学校の対応

- 職員の応援を呼ぶ。必ず職員が本人に付き添う
  ※本人を動かさない
- 直ちに「エピペン®」注射
- 救急車を呼ぶ（１１９番）
- 保護者に連絡する
- 衣服をゆるめ保温し、安静にして救急車を待つ
- 記録開始



意識がある時
※呼吸困難があれば座らせても良いが、立たせない



意識がない時
※体と顔を横に向け、寝かせる

重度の症状がある

下記の症状がひとつでも出たら重度

- お腹：繰り返しはき続ける、持続する強い（我慢できないお腹の痛み）
- 呼吸：喉や胸がしめつけられる、声がかすれる、犬が吠えるような咳、持続する強い咳き込み、ゼーゼーする呼吸、息がしにくい
- 全身症状：唇や爪が青白い、脈がふれにくい・不規則、ぐったりしている、意識がもうろうとしている、尿や便をもらす

保護者確認年月日　　年　　月　　日　　保護者名（　　（印）　）

※対応についてはあくまで目安です。このカードは緊急時に備え全教職員及び教育委員会、消防署で情報共有します。

様式6-2

アレルギー緊急時個別対応カード（気管支ぜん息）

学校名：十津川　　学校

年　　名前（フリガナ）　　生年月日　　年　　月　　日生

住所

	連絡の順	名前	本人との関係	電話番号
緊急時連絡先	1			
	2			
	3			

医療機関	医療機関名	医師の名前	医療機関住所	電話番号
主治医				
緊急時				

アレルギーについて	診　　断　　名			
	ｱﾚﾙｷﾞｰの原因となるもの			
	内服薬	有（薬：　　）無	保管場所	
	吸入薬	有（薬：　　）無	保管場所	

学校での対応

【小発作】軽度の症状が出ている

- 息は苦しいが横になれる
- せき込む
- 少しヒューヒュー・ゼーゼーする

【中発作】中等度の症状が出ている

- 息が苦しくて横になれない
- せき込む
- はっきりとヒューヒュー・ゼーゼーする
- ろっ骨の間が明らかにへこむ
- 食欲がない

学校の対応

- 教職員の応援を呼ぶ。
- 必ず教職員が本人に付き添い衣服をゆるめ、楽な姿勢（座った姿勢）にして注意深く観察する
- 薬の服薬・吸入をする
- 水分をとる
- 酸素飽和度（SpO_2）を測定する
  →標準値 96～99%
- 保護者に連絡する
- 記録開始



症状が改善しない→医療機関を受診

【大発作】重度の症状がある

下記の症状がひとつでも出たら重度

- 動けない（遊べない・歩けない）
- 苦しくて話ができない
- 食事がほとんどとれない
- 顔色が悪い（唇の色やつめの色が白っぽい、もしくは青～紫）
- 遠くから見ても明らかにゼーゼーしていることが分かる
- 息を吸うときに、のどやろっ骨の間がはっきりとへこむ
- 息を吸うときに、小鼻が開く
- 脈がとても速い

学校の対応

- 職員の応援を呼ぶ。
- 必ず職員が本人に付き添い、衣服をゆるめ、楽な姿勢（座った姿勢）にして注意深く観察する
- 直ちに薬の内服・吸入をする
- 酸素飽和度（SpO_2）を測定する
  →標準値 96～99%
- 救急車の要請を検討する（１１９番）
- 保護者に連絡する
- 医療機関を受診 or 救急車を待つ
- 記録開始



保護者確認年月日　　年　　月　　日　　保護者名（　　（印）　）

※対応についてはあくまで目安です。このカードは緊急時に備え全教職員及び教育委員会で情報共有します。

表面

緊急対応経過記録票（食物アレルギー用）

記載者名（　　）

学　　年	年	性　別
児童生徒名（フリガナ）		男　・　女

食べた(摂取した)時刻		年　月　日　時　分			
食べた（摂取）状況(皮膚につく、眼に入る等も含む)	量	・全量	・半量	・ひとくち	・その他（　）
	状況	・給食	・授業中（教科名　）		・その他（　）
	場所	・教室	・ランチルーム	・調理実習中	・その他（　）

					対応・確認時刻
初期対応		・口の中のものを取り除く　・うがいをする　・手を洗う ・眼や顔を洗う　・その場で安静にさせる			：
処　置	薬の使用	薬(　)を内服・吸入			：
		薬(　)を内服・吸入			：
	エピペン®	・あり　・なし			：
		・使用に備え取り出した			：
		・エピペン®を注射した（　本人　本人以外　）			：
		軽度	中等度（エピペン®準備）	重度（エピペン®適用）	：
症　状	皮膚 粘膜	・口腔内の違和感	・のどの奥の痛み・むくみ		：
		・がまんできるかゆみ	・猛烈なかゆみ		：
		・じんましん	・全身のじんましん		：
		・部分的な腫れ	・顔全体の腫れ		：
	呼吸器	・突然の強い鼻炎症状	・繰り返す咳き込み	・持続する強い咳き込み	：
		・軽い咳	・軽い息苦しさ	・犬が吠えるような咳	：
				・息苦しさ・嚥下困難	：
				・ゼーゼーを伴う呼吸困難	：
				・呼吸停止	：
	消化器	・突然の吐き気、１回の下痢や嘔吐	・複数回の下痢や嘔吐	・持続する我慢できない腹痛	：
		・突然の軽い腹痛	・突然の強い腹痛（がまんできる）	・くり返しの嘔吐	：
				・失禁	：
	全身状態		・頻脈、血圧低下、蒼白	・ぐったりして意識もうろう	：
			・眠気、軽度頭痛	・脈がふれにくいまたは不規則	：
				・唇や爪が青白い	：

＊中等度が複数の部位に２つ以上、重度が１つあればアナフィラキシーです。

裏面

時系列	症状・対応	血圧	脈拍	呼吸	体温
：	保護者へ連絡	／	回/分	回/分	℃
：	主治医等へ連絡	／	回/分	回/分	℃
：	救急車要請	／	回/分	回/分	℃
：	救急車発車	／	回/分	回/分	℃
：		／	回/分	回/分	℃
：		／	回/分	回/分	℃
：		／	回/分	回/分	℃
：		／	回/分	回/分	℃
：		／	回/分	回/分	℃
：		／	回/分	回/分	℃
：		／	回/分	回/分	℃
：		／	回/分	回/分	℃
：		／	回/分	回/分	℃
：		／	回/分	回/分	℃
：		／	回/分	回/分	℃

表面

緊急対応経過記録票（気管支ぜん息用）

記載者名（　　）

学　年	年	性　別
児童生徒名（ふりがな）		男 ・ 女

発作が出現した（起こった）時刻		年　月　日　時　分			
発作が出現したときの状況	状況	・授業中（教科名　　）	・その他（　　）		
	場所	・教室	・体育館	・屋外（　　）	・その他（　　）

					対応・確認時刻
初期対応		・座位により経過観察 ・腹式呼吸 ・水分補給 ・排痰 ・その他（　　）			：
処　置	内服薬	薬(　　)を内服			：
	吸入	薬(　　)を吸入			：
	エピペン®	・あり ・なし	ありの場合→（・準備した ・注射した）		：
		小発作	中発作	大発作（エピペン®適用）	：
症　状	ぜん鳴	・ヒューヒュー、ゼーゼー	・ヒューヒュー、ゼーゼー	・ヒューヒュー、ゼーゼー聞こえない	：
		（聞こえたり聞こえなかったり）	（明らか聞こえる）	（呼吸不全になるとぜん鳴が聞こえない）	：
	呼吸	・陥没呼吸（なし、軽度）	・陥没呼吸（明らか）	・陥没呼吸（著明）、呼吸困難	：
		・横になれる	・座位を好む	・苦しくて横になれない	：
	会話	・普通	・話しかけると返事はする	・苦しくて話せない	：
				・会話不能	：
	全身状態			・失禁	：
				・ぐったりして意識もうろう	：
				・脈がふれにくいまたは不規則	：
				・過度に興奮する、暴れる	
				・唇や爪が青白い	：

＊中発作の場合は、医療機関受診、大発作は救急要請

裏面

時系列	症状・対応	血圧	脈拍	呼吸	体温
：	保護者へ連絡	／	回/分	回/分	℃
：	主治医等へ連絡	／	回/分	回/分	℃
：	救急車要請	／	回/分	回/分	℃
：	救急車発車	／	回/分	回/分	℃
：		／	回/分	回/分	℃
：		／	回/分	回/分	℃
：		／	回/分	回/分	℃
：		／	回/分	回/分	℃
：		／	回/分	回/分	℃
：		／	回/分	回/分	℃
：		／	回/分	回/分	℃
：		／	回/分	回/分	℃
：		／	回/分	回/分	℃
：		／	回/分	回/分	℃
：		／	回/分	回/分	℃

様式8

乳糖不耐症の対応実施申請書

年　　月　　日

十津川村立〇〇学校　校長　殿

保護者氏名　　(印)

学校給食での乳糖不耐症による飲用牛乳除去の対応実施について、 新規 ・ 継続 ・ 中止 を申請します。

記

（フリガナ） 児童生徒氏名		生年月日	年　月　日
学校名	小学校 中学校	学年	年
（フリガナ） 保護者氏名		電話番号	
住　所	〒		

情報の共有について、下記のことに同意します。（確認のうえ、チェックしてください。）

□この申請内容及び対応に必要な情報について、学校の全教職員及び教育委員会の関係職員に情報が共有されること。

※　添付書類　（医師の診断書）
※　毎年度提出
※　原本・添付書類（学校保管）→コピー（栄養教諭・教育委員会保管）
※　新規申請時には学校との面談が必要になります。

様式9

〇 〇 発 第 〇 〇 号
〇 〇 年 〇 月 〇 日

保護者　〇〇〇〇　様

十津川村立〇〇学校
校　長　　〇〇〇〇

学校生活におけるアレルギー対応の個別支援プランの決定について

平素は、本校の教育にご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。
さて、標記の件について、別紙のとおり通知いたします。

担当者：
連絡先：

様式１０

〇 〇 発 第 〇 〇 号
〇 〇 年 〇 月 〇 〇 日

十津川村教育委員会
教育長　　〇〇〇〇様

十津川村立〇〇学校
校　長　　〇〇〇〇

アレルギー疾患を有する児童生徒の対応について

このことについて、別紙のとおり報告します。

記

〇　学校生活管理指導表の写し　　名分

〇　個別支援プランの写し　　名分

〇　アレルギー緊急時個別対応カードの写し　　名分

〇　乳糖不耐症対応実施申請書の写し　　名分

様式11

〇 〇 発 第 〇 〇 号
〇 〇 年 〇 月 〇 日

保護者　〇〇〇〇　様

十津川村立〇〇学校
校　長　　〇〇〇〇

学校生活におけるアレルギー対応中止の決定について

平素は、本校の教育にご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。
さて、校内アレルギー対応委員会にて下記対応の中止を決定しましたので、通知します。

記

〇　中止した内容を記入

担当者：
連絡先：

様式12

〇 〇 発 第 〇 〇 号
〇 〇 年 〇 月 〇 〇 日

十津川村教育委員会
教育長　　〇〇〇〇様

十津川村立〇〇学校
校　長　　〇〇〇〇

アレルギー疾患を有する児童生徒の対応中止について

　このことについて、校内アレルギー対応委員会にて、下記対応の中止を決定したので報告します。

記

〇児童生徒名

〇中止した対応内容

※添付：学校生活管理指導表

様式13

回　　覧		
校長	教頭	

年度　学校におけるアレルギー疾患を有する児童生徒一覧表　　No.＿＿＿

（　　年　　月　　年現在）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿学校

No.	年　組　児童生徒氏名	（男　女）	担任印
1	緊急連絡先 自宅＿＿＿＿＿＿＿＿ ①　＿＿＿＿＿＿＿＿ ②　＿＿＿＿＿＿＿＿	診断名 原因食物（　　） エピペン®処方の有無（有　無）	
	かかりつけ医療機関 医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿ 主治医名＿＿＿＿＿＿＿＿ 電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿	協力医療機関	
No.	年　組　児童生徒氏名	（男　女）	担任印
2	緊急連絡先 自宅＿＿＿＿＿＿＿＿ ①　＿＿＿＿＿＿＿＿ ②　＿＿＿＿＿＿＿＿	診断名 エピペン®処方の有無（有　無）	
	かかりつけ医療機関 医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿ 主治医名＿＿＿＿＿＿＿＿ 電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿	協力医療機関	

様式14

アレルギーヒヤリハット　報告書

十津川村教育委員会　御中

報告日：　　年　　月　　日
所属名
所属長名　　（印）
記載者氏名

分　　類		食物アレルギー　・　その他（　　）
ヒヤリハット発生の経過	い　つ	年　　月　　日（　　）午前・午後　　時　　分頃
	だれが	年　　組・氏名（フリガナ）　　（　男・女　）
	内　容 ① どこで ② 何をしていた時 ③ どうして ④ どうなったのか	原因と考えられる要因
アレルゲンとして指示されている物質		
学校管理指導表の提出		有　　・　　無
事後	改善点 防止に向けた取り組み	

（県様式９）

様式15

アレルギー事故発生速報

十津川村教育委員会　御中

年　月　日　時　分現在

学校名	
校長名	

作成者 職・氏名			連絡先	―　　―		
児童生徒	フリガナ 氏名		性別	男・女	学年	
疾患名	食物アレルギー・アナフィラキシー・運動誘発アナフィラキシー・ぜん息・ その他（　　）					
発生状況	発生日時	年　月　日（　） 午前　・　午後　時　分頃		学校管理下・　管理外		
	発生場所	□教室　□廊下　□運動場　□体育館　□校外（　　）				
	原　因	□誤食（内容　　）□蜂　□不明　□その他 （　　）				
	状　態	□激しい腹痛　□嘔吐または下痢（２回以上） □咳(頻回)　□喉が締めつけられる　□声がれ　□息苦しい　□ゼーゼー □ぐったり　□唇や爪が青白い　□意識障害　□失禁　□脈が触れにくい □その他（　　）				
発生時の対応	薬の使用	□薬(　　)を内服・吸入				
		□エピペン®使用の有無　有→□本人が注射した □本人以外(　　)が注射した				
	対応 食物アレルギー	□口の中のものを取り除く　□うがいをする　□手を洗う　□眼や顔を洗う □その場で安静にさせる　□保健室へ搬送				
	対応 ぜん息	□教室にて経過観察　□腹式呼吸　□水分補給　□排痰 □保健室へ搬送　□横になる　□座位により経過観察				
	保護者へ連絡	□済（内容：　　）□未（理由：　　）				
	主治医等へ連絡	□済（内容：　　）□未（理由：　　）				
	救急車要請	□　時　分　搬送先医療機関（　　）				
その他 参考事項						

【報告を要する事故の内容】　**（県様式１０－１）**

①本人が死亡またはそれのおそれがある場合。
②本人が治療のために入院した場合。
③エピペン®を使用した場合。
④事故が報道対象またはそのおそれがある場合
⑤その他校長が報告を必要と判断した場合。

様式16

アレルギー事故発生報告

食物アレルギー・アナフィラキシー・運動誘発アナフィラキシー・ぜん息・その他（　　）

十津川村教育委員会　御中

年　　月　　日

学校名	
校長名	

作成者 職・氏名				連絡先	―　　―		
児童生徒		フリガナ 氏名		性別		学年	
		アレルゲンとして指示されている物質		**※　学校生活管理指導表に記載されているとおり記載すること。**			
		学校生活管理指導表の提出		有　・　無			
発生状況	発生日時	年　　月　　日　（　　） 午前　・　午後　　時　　分頃			学校管理下・　管理外		
	発生場所	自教室・運動場（校庭）・体育館・その他（　　）					
	事故の内容 **※時系列でわかるものを作成**	献立名 【発生時の状況】 **〇〇時〇〇分　・・・** **〇〇時〇〇分　・・・** 【本人の様子】 **直後（〇〇時〇〇分）　・・・** **その後（〇〇時〇〇分）　・・・**					
	アドレナリン自己注射薬	処方	有　・　無	使用	学校（教師／保護者）・救急隊・病院／無		
事後	発生後の対応	□保護者連絡（発症後すぐ・観察後・放課後・家庭訪問・その他） □本人への対応･･･・緊急搬送　（　　病院） ・保健室にて安静・休養 ・健康観察のみ（授業参加） □病院への受診の有無（　有　・　無　）					
	改善点 防止に向けた取組	**※　事故の内容を十分検証し、実践可能な具体的方策を明記すること。**					

（県様式１０－２）

様式17

食物アレルギー対応解除申請書

年　月　日

●●学校　学校長 様

保護者氏名：　　（印）

学校給食における食物アレルギー対応について申請をしておりましたが、下記食品に関して、医師により食物アレルギーの対応解除の診断を受けましたので、学校給食における食物アレルギー対応の解除をお願いします。

学年・組	年　　組
（フリガナ） 児童生徒氏名	
解除する食品名	
備 考	

※給食停止の解除は、本申請書を提出後、対応可能な日から行います。
※食物アレルギーの原因食品の解除については、医師による診断書等の提出は不要ですが、本申請書の提出をもって医師の診断によるものとします。