

様式集

様式一覧

番号	名 称	書類の流れ	備 考
1	食物アレルギー実態調査票(小・中別)	保護者→学校	就学時健康診断
2	食物アレルギー申出者集計表	学校	提出なし
3	食物アレルギー実態調査票の確認結果について	学校→保護者	管理指導の必要がない場合 等
4	食物アレルギー対応のための面談実施について	学校→保護者	
5	学校生活管理指導表	医療機関→保護者→学校→学校給食課	写しを提出
6	個別面談記録票	学校	面談時に記入
7	食物アレルギー対応依頼書	保護者→学校→学校給食課	
8	食物アレルギー対応内容変更申出書	保護者→学校→学校給食課	
9	食物アレルギー対応内容報告書	学校⇄学校給食課	決定内容の協議確認
10	食物アレルギー対応内容について (通知)	学校→保護者	決定通知
11	食物アレルギー対応中止依頼書	保護者→学校→学校給食課	
12	食物アレルギー対応中止について (通知)	学校→保護者	決定通知
13	新年度における食物アレルギー対応について	学校→保護者	在校生に対し通知

この調査票はお子様ที่安全な学校生活を送るために毎年提出していただくものです。
正確に記入してください。

学校名

学年	就学時	1	2	3	4	5	児童氏名	(男・女)
組							保護者氏名	
番号							連絡先電話番号	

〔1〕食物アレルギーはありますか。

調査 学年 月/日 (記入日)	有の場合は 右欄もご記入 ください	原因食品名 複数ある場合は一 食品ごとに 記入してください	医師 の 診 断	症状 具体的にお書きください	給食時 食べられる場合 ○ 食べられない場合 ×	学校での対応・配慮事項 学校で配慮が必要なことが ありましたらお書きください。	相 談 希 望
【例】 就学時 10/1	有・無	たまご	有・無	しっしん かゆみ 喘息発作 など	×	自分で食べないようにできます。	有・無
【例】 1年 9/1	有・無		有・無				有・無
就学時 /	有・無		有・無				有・無
1年 /	有・無		有・無				有・無
2年 /	有・無		有・無				有・無
3年 /	有・無		有・無				有・無
4年 /	有・無		有・無				有・無
5年 /	有・無		有・無				有・無

〔2〕今までにアナフィラキシーショックを起こしたことがありますか。 (はい ・ いいえ)

〔3〕エピペンを処方されていますか。 (はい ・ いいえ)

※ 相談希望の場合は、のちほど学校から連絡いたします。

※ 学校での対応や配慮をする必要がある場合、主治医または専門医が記入した「学校生活管理指導表」を提出していただきます。

食物アレルギー実態調査票

この調査票はお子様が安全な学校生活を送るために毎年提出していただくものです。
正確に記入してください。

(小学校名

)

学校名

学年	小6	中1	中2				生徒氏名	(男・女)
組							保護者氏名	
番号							連絡先電話番号	
【1】食物アレルギーはありますか。								
調査 学年 月/日 (記入日)	有の場合は 右欄もご記入 ください	原因食品名 複数ある場合は一 食品ごとに 記入してください	医 師 の 診 断	症 状 具体的にお書きください	給食時 食べられる場合 ○ 食べられない場合 ×	学校での対応・配慮事項 学校で配慮が必要なことが ありましたらお書きください。	相 談 希 望	
【例】 小学 6 年 9/1	有・無	たまご	有・無	しっしん かゆみ 喘息発作 など	×	自分で食べないようにできます。	有・無	
【例】 1年 10/1	有・無		有・無				有・無	
小学 6 年 /	有・無		有・無				有・無	
1年 /	有・無		有・無				有・無	
2年 /	有・無		有・無				有・無	
【2】今までにアナフィラキシーショックを起こしたことがありますか。(はい ・ いいえ)								
【3】エピペンを処方されていますか。(はい ・ いいえ)								

※ 相談希望の場合は、のちほど学校から連絡いたします。

※ 学校での対応や配慮をする必要がある場合、主治医または専門医が記入した「学校生活管理指導表」を提出していただきます。

食物アレルギー申出者集計表

No.	児童生徒名	確認結果	面談	No.	児童生徒名	確認結果	面談
1				16			
2				17			
3				18			
4				19			
5				20			
6				21			
7				22			
8				23			
9				24			
10				25			
11				26			
12				27			
13				28			
14				29			
15				30			

※ 確認結果

- ア 食物アレルギーが明確である。(医療機関受診済)
- イ 食物アレルギーが疑われる。(医療機関未受診)
- ウ 食物アレルギーではない。(牛乳等不耐症など)

※ 面談

面談の有無を記入

年 月 日

保護者 各位

学校長 _____

食物アレルギー実態調査票の確認結果について

日頃より学校教育にご理解とご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、ご提出いただいた「食物アレルギー実態調査票」の内容を確認した結果、学校生活における食物アレルギー管理指導のご希望がありませんでした。そのため、食物アレルギーに伴う個別面談等は実施いたしませんのでお知らせいたします。

この通知内容に疑問がある場合は、下記までご連絡願います。

【問合せ先】

学校

TEL

担 当

年 月 日

様

学校長 _____

食物アレルギー対応のための面談実施について

皆様には、日頃より学校教育にご理解とご協力をいただき厚くお礼申し上げます。
さて、学校内での食物アレルギー管理指導を行っていくにあたり、より詳細な内容を把握し、給食などでの対応を協議するため下記のとおり面談を行います。
つきましては、同封した書類を記入し、ご出席くださいますようお願いいたします。

記

1 面談日時 年 月 日 ()

2 場 所 学校

3 持参書類 ①学校生活管理指導表の写し（食物アレルギー管理指導には医師の指示等が必要になりますので必ず医療機関で記入してもらってください。）

②食物アレルギー対応依頼書または食物アレルギー対応内容変更申出書

※提出済の場合は不要です。

4 その他

- ・面談にはお子様の同席は必要ありません。
- ・指定日時にご都合が悪い場合、または、食物アレルギー症状が改善した場合などは、ご連絡願います。

【問合せ先】

学校

TEL

担 当

学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

名前 姓 名 (男・女) 年 月 日生 年 月 日 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。

アレルギー疾患		病型・治療		学校生活上の留意点		緊急時連絡先	
アレルギー疾患 (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 4. 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) 5. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 6. 遅延型アナフィラキシー 7. 薬剤性 8. その他		病型・治療 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 4. 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) 5. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 6. 遅延型アナフィラキシー 7. 薬剤性 8. その他		学校生活上の留意点 1. 給食 2. 管理必要 3. 食物アレルギー症候群 4. 管理必要 5. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 6. 管理必要 7. 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) 8. 管理必要 9. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 10. 管理必要 11. 遅延型アナフィラキシー 12. 管理必要 13. 薬剤性 14. 管理必要 15. その他		緊急時連絡先 1. 医師 2. 電話 3. 連絡先住所 4. 医師 5. 電話 6. 連絡先住所	
アレルギー疾患 (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 4. 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) 5. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 6. 遅延型アナフィラキシー 7. 薬剤性 8. その他		病型・治療 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 4. 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) 5. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 6. 遅延型アナフィラキシー 7. 薬剤性 8. その他		学校生活上の留意点 1. 給食 2. 管理必要 3. 食物アレルギー症候群 4. 管理必要 5. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 6. 管理必要 7. 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) 8. 管理必要 9. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 10. 管理必要 11. 遅延型アナフィラキシー 12. 管理必要 13. 薬剤性 14. 管理必要 15. その他		緊急時連絡先 1. 医師 2. 電話 3. 連絡先住所 4. 医師 5. 電話 6. 連絡先住所	

提出日 年 月 日

病型・治療	学校生活上の留意点	記載日
△ 重症度のめやす（厚生労働科学研究班） 1. 軽症：面癢に制わらず、軽度の皮膚疹のみ見られる。 2. 中等症：強い炎症を伴う皮膚疹が体表面積の10%未満に見られる。 3. 重症：強い炎症を伴う皮膚疹が体表面積の10%以上、30%未満に見られる。 4. 最重症：強い炎症を伴う皮膚疹が体表面積の30%以上に見られる。 ※軽度の皮疹：軽度～紅斑、乾燥、発赤、発疹の消滅 ※強、炎症を伴う皮膚疹：紅斑、丘疹、丘疹、発赤、発疹の消滅	△ フ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 △ 動物との接触 1. 管理不要 2. 管理必要 △ 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要 △ その他の配慮・管理事項（自由記述）	年 月 日 医師名 医療機関名
△ 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（ ） △ 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他（ ） △ 3 常用する注射薬 1. 生物学的製剤	△ フール指導 1. 管理不要 2. 管理必要 △ 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 △ その他の配慮・管理事項（自由記述）	年 月 日 医師名 医療機関名
△ 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（ ） △ 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他（ ） △ 3 常用する注射薬 1. 生物学的製剤	△ フール指導 1. 管理不要 2. 管理必要 △ 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 △ その他の配慮・管理事項（自由記述）	年 月 日 医師名 医療機関名
△ 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（ ） △ 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他（ ） △ 3 常用する注射薬 1. 生物学的製剤	△ フール指導 1. 管理不要 2. 管理必要 △ 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 △ その他の配慮・管理事項（自由記述）	年 月 日 医師名 医療機関名

名世書畫錄

7 現在アレルギー疾患の治療のために使用している(または使用する可能性のある)薬について

□ある 内服薬() 吸入薬()
 外用薬() 注射薬()
 その他()

※ 自分で管理・使用ができない場合、保管場所・保管方法について要相談。

- ☐ 対応の必要なし
- ☐ 自分で除去(成分献立表配布)
- ☐ 全ての給食停止(弁当持参)
- ☐ 牛乳のみ停止
- ☐ 牛乳のみ提供
- ☐ 除去食

・食物・食材を扱う活動
(給食当番、調理実習等)

・運動
(体育・部活動等)

・校外活動・宿泊行事

	→	
	→	
	→	
	→	

食物アレルギー対応依頼書

年 月 日

_____ 学校長 様

住 所 _____

保護者氏名 _____

このことについて、添付書類のとおり食物アレルギーの診断を受けましたので、令和 ____ 年度、学校内での給食等の提供に際して、下記のとおり食物アレルギー対応を依頼します。

記

1 児童生徒名 _____ 年 ____ 組 _____

2 食物アレルギー原因食材 _____

症状 (_____) 緊急時処方薬 _____

3 希望する対応内容

☐ 自分で除去 ☐ 全ての給食停止 ☐ 牛乳のみ停止 ☐ 牛乳のみ提供

☐ 除去食 (卵・乳のセット)

4 備考 : _____

学 校 名 :

学校長名 : _____



日付 : _____ 年 ____ 月 ____ 日

食物アレルギー対応内容変更申出書

年 月 日

_____ 学校長 様

住 所 _____

保護者氏名 _____

このことについて、添付書類のとおり食物アレルギーの診断を受けましたので、
下記のとおり令和 年 月より食物アレルギー対応内容の変更を希望します。

記

1 児童生徒名 _____年____組 _____

2 現在の食物アレルギー対応内容

☐自分で除去 食材(_____)

☐全ての給食停止 ☐牛乳のみ停止 ☐牛乳のみ提供 ☐除去食

3 変更後の学校給食における対応

☐自分で除去 食材(_____)

☐全ての給食停止 ☐牛乳のみ停止 ☐牛乳のみ提供 ☐除去食

4 備考 _____

学 校 名 :

学校長名 : _____



日付 : _____年 _____月 _____日

食物アレルギー対応内容報告書

年 月 日

古河市教育委員会教育長 様

学校名 _____ 学校

学校長名 _____

担当者名 _____

令和 _____ 年度食物アレルギー対応内容について、報告いたします。

	児童生徒名	新学年	対応内容 (学校記入)	給食費 (学校給食課記入)	特記事項 例:進学先
1			☐ 自分で除去 ☐ 全ての給食停止 ☐ 牛乳停止 ☐ 牛乳のみ提供 ☐ 除去食	☐ 全額徴収 ☐ 徴収しない ☐ 牛乳代は徴収しない ☐ 牛乳代のみ徴収	
2			☐ 自分で除去 ☐ 全ての給食停止 ☐ 牛乳停止 ☐ 牛乳のみ提供 ☐ 除去食	☐ 全額徴収 ☐ 徴収しない ☐ 牛乳代は徴収しない ☐ 牛乳代のみ徴収	
3			☐ 自分で除去 ☐ 全ての給食停止 ☐ 牛乳停止 ☐ 牛乳のみ提供 ☐ 除去食	☐ 全額徴収 ☐ 徴収しない ☐ 牛乳代は徴収しない ☐ 牛乳代のみ徴収	

※給食費欄は学校給食課で記入し、学校に原本を返送。(書式変更不可)

上記について、確認しました。 令和 _____ 年 月 日

学校給食課長	学校給食課担当

様式第9号
【記入例】

食物アレルギー対応内容報告書

●年 ●月 ●日

古河市教育委員会教育長 様

学校名 ●●● 学校
学校長名 ●●●
担当者名 ●●●

令和 ○ 年度食物アレルギー対応内容について、報告いたします。

	児童生徒名	新学年	対応内容 (学校記入)	給食費 (学校給食課記入)	特記事項 例:進学先
1	古河 太郎	1	☐ 自分で除去 ☒ 全ての給食停止 ☐ 牛乳停止 ☐ 牛乳のみ提供 ☐ 除去食	☐ 全額徴収 ☐ 徴収しない ☐ 牛乳代は徴収しない ☐ 牛乳代のみ徴収	
2	古河 花子	中1	☐ 自分で除去 ☐ 全ての給食停止 ☐ 牛乳停止 ☐ 牛乳のみ提供 ☒ 除去食	☐ 全額徴収 ☐ 徴収しない ☐ 牛乳代は徴収しない ☐ 牛乳代のみ徴収	○○○中学校
3	古河 桃香	2	☒ 自分で除去 ☐ 全ての給食停止 ☐ 牛乳停止 ☐ 牛乳のみ提供 ☐ 除去食	☐ 全額徴収 ☐ 徴収しない ☐ 牛乳代は徴収しない ☐ 牛乳代のみ徴収	

※給食費欄は学校給食課で記入し、学校に原本を返送。(書式変更不可)

上記について、確認しました。 令和 年 月 日

学校給食課長	学校給食課担当

年 月 日

様

学 校 名 :

学校長名 :

食物アレルギー対応内容について(通知)

このことについて、下記のとおり食物アレルギー対応を行いますのでお知らせします。

記

1 児童生徒名

年 組

2 食物アレルギー原因

3 学校給食における対応

4 学校給食対応開始年月日

年 月 日

※ただし、アレルギー症状の改善等により、給食を再開される場合は、その旨をご連絡ください。

【問合せ先】

学校

TEL

担 当

食物アレルギー対応中止依頼書

年 月 日

学校長 様

住 所 _____

保護者氏名 _____

下記 児童生徒は、医師により食物アレルギーが改善したと診断されたため、令和 年 月より食物アレルギー対応中止を依頼します。

記

児 童 生 徒 名	
学 年・組	年 組

医師証明欄

食物アレルギー改善日	年 月 日
記 入 日	年 月 日
医 療 機 関 名	
医 師 名	印

古河市教育委員会教育長 様

上記のとおり食物アレルギー対応中止依頼書が提出されましたので報告します。

年 月 日

学校長

印

年 月 日

様

学校名

学校長

食物アレルギー対応中止について(通知)

このことについて、下記のとおり食物アレルギー対応を中止しますのでお知らせします。

記

1 児童生徒名

年 組

2 中止前の学校給食における対応

3 食物アレルギー対応中止年月日

年 月 日～

【問合せ先】

学校

TEL

担当

年 月 日

保護者 各位

学校名 _____
学校長 _____

令和 年度における食物アレルギー対応について

日頃より学校教育にご理解ご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、次年度食物アレルギー対応を希望する場合、「学校生活管理指導表（写）」の提出が必要となりますので、医療機関で記入後 月 日までに学校に提出していただくようお願いします。

【問合せ先】

学校

TEL

担 当

