

5 様式・資料等

学校給食における食物アレルギー対応においては、全教職員が連携し、各種様式や資料を効果的に活用して取組を進めること。

※原則、全て毎年作成するものとする。

様式No.	資 料 名	説 明
【様式 1】 【様式 2】	学校生活管理指導表 (公益財団法人 日本学校保健会)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 主治医が記入 ・ 学年毎に提出を求める ・ 年度途中に変更があればその都度提出を求める
【様式 3】	食物アレルギー対応カード	<ul style="list-style-type: none"> ・ アレルギー対応食とともに提供 【様式 3】 様式 【様式 3】 記入例
【様式 4】	個別の取組プラン	<ul style="list-style-type: none"> ・ 面談時に（案）を提示 ・ 学校給食に限らず、学校生活全般に係る内容を記載 【様式 4】 様式 【様式 4】 記入例 ・ 内容確定後、学校長、担任、保護者が押印 ・ 学年毎に作成する ・ 年度途中にも必要に応じ、適宜見直しを行う
【様式 5】	エピペン®対応票	<ul style="list-style-type: none"> ・ 個別の取組プラン【様式 4】とともに面談時に（案）を提示し、保護者に確認をとる ・ 学年毎に作成する

<p>【様式 6】</p>	<p>エピペン®が処方されている児童生徒の緊急時の連携について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・消防署へ協力を依頼する場合に使用 ・学年毎に作成する <p>エピペン®を処方されている児童生徒等が在籍している学校においては、保護者の同意を得たうえで、事前に地域の消防機関に対象児童生徒等の情報を提供するなど、日ごろから消防機関など地域の関係機関と連携すること。</p>
<p>【様式 7】</p>	<p>アレルギー事故報告書</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・アレルギー症状を発症し、医療機関を受診した場合に使用する <p>※緊急性の高いものは電話等で速報を入れ、その後文書で報告</p> <p>【様式 7】 様式 【様式 7】 記入例</p>
<p>【様式 8】</p>	<p>学校給食における食物アレルギー対応ヒヤリハット事例報告書</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・事故には至らなかったが、場合によっては事故に直結したかもしれない事例が起こった場合に使用する <p>【様式 8】 様式 【様式 8】 記入例</p>



名前	男・女	平成 年 月 日生 (歳)	学校 年 組	提出日 平成 年 月 日
気管支ぜん息 (あり・なし)				
病型・治療 A. 重症度分類 (発作型) 1. 間欠型 2. 軽症持続型 3. 中等症持続型 4. 重症持続型 B-1. 長期薬理薬 (吸入薬) 1. ステロイド吸入薬 2. 長時間作用性吸入ベータ刺激薬 3. 吸入抗アレルギー薬 4. その他 () B-2. 長期薬理薬 (貼付薬) (内服薬・貼付薬) 1. テオファイリン徐放製剤 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 3. ベータ刺激薬内服薬・貼付薬 4. その他 () C. 急性発作治療薬 1. ベータ刺激薬吸入 2. ベータ刺激薬内服 D. 急性発作時の対応 (自由記載)		学校生活上の留意点 A. 運動 (体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. 強い運動は不可 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. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名 () C. 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 D. その他の配慮・管理事項 (自由記載)		
病型・治療 A. 重症度のめやす (厚生労働科学研究班) 1. 軽症：面癩に問わず、軽度の皮膚のみのみられる。 2. 中等症：強い炎症を伴う皮膚が体表面積の10%未満にみられる。 3. 重症：強い炎症を伴う皮膚が体表面積の10%以上、30%未満にみられる。 4. 最重症：強い炎症を伴う皮膚が体表面積の30%以上にみられる。 ※強い炎症を伴う発疹・紅斑、丘疹、びらん、潰瘍、痒疹などを伴う状態 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 3. (プロトピック®) 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 () C. 食物アレルギーの合併 1. あり 2. なし		学校生活上の留意点 A. プール指導及び長時間の飛外線下での活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. 動物との接触 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名 () C. 発汗後 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. (学校施設で可能な場合) 夏季シャワー浴 D. その他の配慮・管理事項 (自由記載)		
病型・治療 A. 病型 1. 過半数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. 春季カタール 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. 保護者と相談し決定 3. プールへの入水不可 B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 C. その他の配慮・管理事項 (自由記載)		
気管支ぜん息 (あり・なし) アトピー性皮膚炎 (あり・なし)		気管支ぜん息 (あり・なし) アトピー性皮膚炎 (あり・なし)		
病型・治療 A. 重症度分類 (発作型) 1. 間欠型 2. 軽症持続型 3. 中等症持続型 4. 重症持続型 B-1. 長期薬理薬 (吸入薬) 1. ステロイド吸入薬 2. 長時間作用性吸入ベータ刺激薬 3. 吸入抗アレルギー薬 4. その他 () B-2. 長期薬理薬 (貼付薬) (内服薬・貼付薬) 1. テオファイリン徐放製剤 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 3. ベータ刺激薬内服薬・貼付薬 4. その他 () C. 急性発作治療薬 1. ベータ刺激薬吸入 2. ベータ刺激薬内服 D. 急性発作時の対応 (自由記載)		学校生活上の留意点 A. 運動 (体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. 強い運動は不可 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. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名 () C. 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 D. その他の配慮・管理事項 (自由記載)		
病型・治療 A. 重症度のめやす (厚生労働科学研究班) 1. 軽症：面癩に問わず、軽度の皮膚のみのみられる。 2. 中等症：強い炎症を伴う皮膚が体表面積の10%未満にみられる。 3. 重症：強い炎症を伴う皮膚が体表面積の10%以上、30%未満にみられる。 4. 最重症：強い炎症を伴う皮膚が体表面積の30%以上にみられる。 ※強い炎症を伴う発疹・紅斑、丘疹、びらん、潰瘍、痒疹などを伴う状態 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 3. (プロトピック®) 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 () C. 食物アレルギーの合併 1. あり 2. なし		学校生活上の留意点 A. プール指導及び長時間の飛外線下での活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. 動物との接触 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名 () C. 発汗後 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. (学校施設で可能な場合) 夏季シャワー浴 D. その他の配慮・管理事項 (自由記載)		
気管支ぜん息 (あり・なし) アトピー性皮膚炎 (あり・なし)		気管支ぜん息 (あり・なし) アトピー性皮膚炎 (あり・なし)		
病型・治療 A. 病型 1. 過半数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. 春季カタール 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. 保護者と相談し決定 3. プールへの入水不可 B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 C. その他の配慮・管理事項 (自由記載)		
気管支ぜん息 (あり・なし) アトピー性皮膚炎 (あり・なし)		気管支ぜん息 (あり・なし) アトピー性皮膚炎 (あり・なし)		
病型・治療 A. 重症度分類 (発作型) 1. 間欠型 2. 軽症持続型 3. 中等症持続型 4. 重症持続型 B-1. 長期薬理薬 (吸入薬) 1. ステロイド吸入薬 2. 長時間作用性吸入ベータ刺激薬 3. 吸入抗アレルギー薬 4. その他 () B-2. 長期薬理薬 (貼付薬) (内服薬・貼付薬) 1. テオファイリン徐放製剤 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 3. ベータ刺激薬内服薬・貼付薬 4. その他 () C. 急性発作治療薬 1. ベータ刺激薬吸入 2. ベータ刺激薬内服 D. 急性発作時の対応 (自由記載)		学校生活上の留意点 A. 運動 (体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. 強い運動は不可 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. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名 () C. 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 D. その他の配慮・管理事項 (自由記載)		
病型・治療 A. 重症度のめやす (厚生労働科学研究班) 1. 軽症：面癩に問わず、軽度の皮膚のみのみられる。 2. 中等症：強い炎症を伴う皮膚が体表面積の10%未満にみられる。 3. 重症：強い炎症を伴う皮膚が体表面積の10%以上、30%未満にみられる。 4. 最重症：強い炎症を伴う皮膚が体表面積の30%以上にみられる。 ※強い炎症を伴う発疹・紅斑、丘疹、びらん、潰瘍、痒疹などを伴う状態 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 3. (プロトピック®) 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 () C. 食物アレルギーの合併 1. あり 2. なし		学校生活上の留意点 A. プール指導及び長時間の飛外線下での活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. 動物との接触 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名 () C. 発汗後 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. (学校施設で可能な場合) 夏季シャワー浴 D. その他の配慮・管理事項 (自由記載)		
気管支ぜん息 (あり・なし) アトピー性皮膚炎 (あり・なし)		気管支ぜん息 (あり・なし) アトピー性皮膚炎 (あり・なし)		

表 学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)

財団法人日本学校保健会作成

名前 _____ 男・女 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日生 (____ 歳)		学校 ____ 年 ____ 組 提出日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日	
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. 薬品 5. 医薬品 6. その他 () C. 原因食物・診断結果 該当する食品の番号に○をし、かつ () 内に診断結果を記載 1. 鶏卵 () 2. 牛乳・乳製品 () 3. 小麦 () 4. ソバ () 5. ビーナッツ () 6. 雑穀類・木の實類 () 7. 甲殻類 (エビ・カニ) () 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 結論 A. 管理不要 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. 食物・食材を扱う授業・活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 C. 運動 (体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 D. 宿泊を伴う校外活動 1. 配慮不要 2. 食糧やイベントの順に配慮が必要 E. その他の配慮・管理事項 (自由記載)	
アナフィラキシー (あり・なし) 食物アレルギー (あり・なし)		緊急時連絡先 ★保護者 電話: _____ ★連絡先機関 区庁機関名: _____ 電話: _____ 記載日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 医師名 _____ 医師機関名 _____	
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. その他 ()		学校生活上の留意点 A. 屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. その他の配慮・管理事項 (自由記載)	
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)		記載日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 医師名 _____ 医師機関名 _____	

●学校における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を教職員全員で共有することに同意しますか。

1. 同意する
2. 同意しない

保護者署名: _____

夏季 学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)

© 日本学校保健会作成

(2) 食物アレルギー対応カード

【様式3】様式

食物アレルギー対応カード				食物アレルギー対応カード			
月 日				月 日			
年 組	名前			年 組	名前		
料理名				料理名			
対応				対応			
調理場		本人への受渡し		調理場		本人への受渡し	
食物アレルギー対応カード				食物アレルギー対応カード			
月 日				月 日			
年 組	名前			年 組	名前		
料理名				料理名			
対応				対応			
調理場		本人への受渡し		調理場		本人への受渡し	
食物アレルギー対応カード				食物アレルギー対応カード			
月 日				月 日			
年 組	名前			年 組	名前		
料理名				料理名			
対応				対応			
調理場		本人への受渡し		調理場		本人への受渡し	
食物アレルギー対応カード				食物アレルギー対応カード			
月 日				月 日			
年 組	名前			年 組	名前		
料理名				料理名			
対応				対応			
調理場		本人への受渡し		調理場		本人への受渡し	

<u>食物アレルギー対応カード</u>	
9 月 3 日	
1 年 1 組	名前 県立 花子
料理名	おやこどんぶり(具)
対応	たまご除去
調理場	本人への受渡し
若草	山田
<p>【カードの説明】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○調理場は「担当者」欄にサインしたものを、除去食、代替食と一緒に配膳する。 ○学級では、学級担任等が確実に児童生徒等本人に渡し、「本人への受渡し」欄にサインをする。 ○給食終了後は、担当者や管理職が複数で確認する。 	

(3) 個別の取組プラン

【様式4】様式

作成日：平成 年 月 日

学部 年		学校長印	
ふりがな 氏名	(性別：男・女)	担任印	
生年月日	平成 年 月 日生	保護者印	

食物アレルギーの病型	<input type="checkbox"/> 即時型 <input type="checkbox"/> 口腔アレルギー症候群 <input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー		
原因食物			
アナフィラキシー既往歴	<input type="checkbox"/> あり → (回数：回 最後の発症：年 月 原因：)) <input type="checkbox"/> なし		
緊急時に備えた処方薬	薬剤	管理方法	保管場所
	<input type="checkbox"/> 内服薬	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> 「エピペン®」	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()	
薬剤使用時の留意事項			
学校生活における留意点	A. 食物・食事を扱う授業・活動		
	B. 運動（体育・部活動等）		
	C. 宿泊を伴う校外活動		
	D. その他の配慮・管理事項		

	調理場における対応	原因食物 (アレルギー)	対応方法	対応の詳細
学校給食の対応	学校における対応	自力除去		
		弁当管理		
		除去食・代替食の受渡し		
		食後の見守り		
		緊急時		
		その他 ※おかわりや給食当番等について		

【対応方法】

- ①詳細な献立表対応
- ②一部弁当持参
- ③完全弁当持参
- ④除去食対応
- ⑤代替食対応
- ⑥対応なし
- ⑦その他

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に、記載された内容を全教職員で共有することに同意します。

平成 年 月 日 保護者署名

(3) 個別の取組プラン

【様式4】記入例

作成日：平成 30 年 4 月 1 日

小学部 1年		学校長印	
ふりがな 氏 名	けんりつ はなこ 県立 花子 (性別：男・女)	担任印	
生年月日	平成 23 年 5 月 1 日生	保護者印	

食物アレルギー の病型	<input checked="" type="checkbox"/> 即時型 <input type="checkbox"/> 口腔アレルギー症候群 <input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー		
原因食物			
アナフィラキシー 既往歴	<input type="checkbox"/> あり → (回数：回 最後の発症：年 月 原因：)		
	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
緊急時に備えた 処方薬	薬剤	管理方法	保管場所
	<input checked="" type="checkbox"/> 内服薬	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> その他(学校保管)	保健室
	<input checked="" type="checkbox"/> 「エピペン®」	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()	教室(ランドセルの中)
	<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()	
薬剤使用時の 留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・内服薬を飲ませる場合は保護者の承諾を得る ・エピペンの使用は学校の判断 		
学校生活における 留意点	A. 食物・食事を扱う授業・活動 <ul style="list-style-type: none"> ・事前に保護者に相談 		
	B. 運動(体育・部活動等) <ul style="list-style-type: none"> ・食事後1時間は運動禁止(医師の指示により) 		
	C. 宿泊を伴う校外活動 <ul style="list-style-type: none"> ・献立表の事前確認 ・専用のキッチンハサミを準備(他の生徒と共用しない) 		
	D. その他の配慮・管理事項		

学校給食の対応	調理場における対応	原因食物 (アレルゲン)	対応方法 ※	対応の詳細
		小麦・小麦製品	①②④⑤	パン・麺 → 家庭からごはん持参 その他 → 代替・除去
		卵・卵製品	①②④⑤	パン・麺 → 家庭からごはん持参 その他 → 代替・除去
		大豆・大豆製品	① ④ ⑤	代替・除去
		牛乳・乳製品	① ④ ⑤	代替・除去
		エビ・カニ	① ④ ⑤	代替・除去
		キウイ・バナナ	① ④ ⑤	代替・除去
※対応方法については、「学校における対応の基本方針(P7~8)」に基づいて対応	学校における対応	自力除去		
		弁当管理	・教室で保管 ・職員室の冷蔵庫で保管 …など	
		除去食・代替食の受け渡し	・担任等が献立表および対応カードで確認を行ったうえで本人に配膳する …など	
		食後の見守り	・食後30分は異常がないか見守る ・特に必要なし …など	
		緊急時	・保護者へ連絡 ・かかりつけ病院…〇〇医院(TEL088-000-0000)	
		その他 ※おかわりや給食当番等について	・アレルギー対応食のない日はおかわりOK ・給食当番は、食器の運搬のみOK ・手洗い場所は個人用とする(〇〇教室の手洗い場) ・掃除はほうきのみとする(ぞうきは扱わない)	

※【対応方法】

- ① 詳細な献立表対応
- ② 一部弁当持参
- ③ 完全弁当持参
- ④ 除去食対応
- ⑤ 代替食対応
- ⑥ 対応なし
- ⑦ その他

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に、記載された内容を全教職員で共有することに同意します。

平成 年 月 日 保護者署名

(4) エピペン®対応票

【様式5】

記入日： 年 月 日

学 校 名	
児童生徒氏名	(性別： 男 ・ 女)
保護者氏名	
生年月日	平成 年 月 日生

原因物質		
既往症状		
学校生活 における留意点		
緊急時の対応	<input type="checkbox"/> 保護者に連絡する <input type="checkbox"/> 救急車要請 <input type="checkbox"/> 処方薬あり <input type="checkbox"/> その他	
	<詳細>	
薬剤使用時の 留意事項	使用薬剤	
	保管方法	<input type="checkbox"/> 本人保管 (保管場所：) <input type="checkbox"/> 学校保管 (保管場所：) <input type="checkbox"/> そ の 他 ()
	使用条件	
	使用上の 留意点	

※面談時に記入

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に、記載された内容を全教職員で共有すること、また必要に応じて消防本部・消防署に伝えることに同意します。

平成 年 月 日 保護者署名

(5) エピペン®が処方されている児童生徒の緊急時の連携について

【様式6】

(例)

平成 年 月 日

〇〇消防長 様

学校名

学校長名

印

エピペン®が処方されている児童生徒の緊急時の連携について (依頼)

下記の内容について、緊急時の対応にご配慮いただきますようお願いいたします。

記

エピペン®を処方されている児童生徒

平成 年 月 日現在

学年	年齢	性別	アレルギー疾患の原因等 (食物、食物依存性運動誘発アナフィラキシー 運動誘発アナフィラキシー、昆虫、医薬品、その他)

問い合わせ先

高知県立

学校

担当者氏名：

電 話：

F A X：

平成 年 月 日

保健体育課長 様

学校名

学校長名

印

アレルギー事故報告書

1. 事故発生日時
2. 当該児童生徒
3. 保 護 者
4. 事故の概要
5. 当該児童生徒の症状及びその後の経過
6. 事故の分析
7. 再発防止策

平成〇年〇月〇日

保健体育課長 様

学校名 高知県立〇〇高等学校
学校長名 〇〇 〇〇 印

アレルギー事故報告書

1. 事故発生日時 平成〇年〇月〇日 (月) 〇時〇〇分 (教科名等)
2. 当該児童生徒 学年：〇年〇組 氏名 〇〇 〇〇 性別：男 年齢：〇歳
生年月日：平成〇年〇月〇日生まれ
3. 保護者 氏名：〇〇 〇〇 住所：高知県〇〇市〇〇1-1
4. 事故の概要
 - ・事故発生の場所 (略図も裏面へ示す)
 - ・事故の内容 (可能な範囲で詳細に記載)
 - ・学校のとった措置(時間経過に沿って具体的に記載)
 - ・食物アレルギーの場合は原因食物について
(献立及び使用材料等)
5. 当該児童生徒の症状及びその後の経過
 - ・発見時の症状
 - ・報告書記載時に把握できている状態
6. 事故の分析
 - ・事故発生の要因等について
7. 再発防止策
 - ・再発防止に向けた学校における対応策等

平成 年 月 日

保健体育課長 様

県立学校名

学校長名

学校給食における食物アレルギー対応ヒヤリハット事例報告書

1. ヒヤリハット事例報告校名

2. 発生日時 平成 年 月 日 () 時 分

検収時

調理作業時

配送、配膳時

給食の時間

その他 ()

※該当するものに☑してください。

3. 発生場所

給食調理場

教室

その他 ()

※該当するものに☑してください。

4. 内 容

5. 発生原因

6. 再発防止策

【報告を要するヒヤリハットの内容】

①児童生徒に健康被害があるおそれがあった場合。

②類似事例が多く発生することが考えられる場合。

③事故防止対策のためになると考えられ、他校・施設と共有すべき場合。

平成 年 月 日

保健体育課長 様

学校名 _____

学校長名 _____

学校給食における食物アレルギー対応ヒヤリハット事例報告書

1. ヒヤリハット事例報告校名 高知県立〇〇学校
2. 発生日時 平成〇年〇月〇日 (〇) 〇時〇〇分
 - 検収時
 - 調理作業時
 - 配送、配膳時
 - 給食の時間
 - その他 ()

※該当するものにしてください。
3. 発生場所
 - 給食調理場
 - 食堂
 - 教室
 - その他 ()

※該当するものにしてください。
4. 内 容 卵スープの卵を入れる前に、卵の除去食対応分を取り分けるのを忘れて仕上げてしまった。すぐにそのことに気づき、卵の除去食対応分のスープを作り直し、提供した。

- ・起こった内容について可能な範囲で詳細に記載
 - ・原因食物について（献立及び使用材料等）
 - ・学校等がとった対応
5. 発生原因 作業工程表、作業動線図に除去食対応の記載をしていなかった。

- ・発生の原因等について可能な範囲で詳細に記載
6. 再発防止策 例) 普通食・対応食双方の作業を1枚の調理指示書等に明記し、綿密な打ち合わせを行い、確認をきちんとする。担当者を決める。

- ・再発防止に向けた学校における対応等

【報告を要するヒヤリハットの内容】

- ①児童生徒に健康被害があるおそれがあった場合。
- ②類似事例が多く発生することが考えられる場合。
- ③事故防止対策のためになると考えられ、他校・施設と共有すべき場合。

(8) 各種冊子

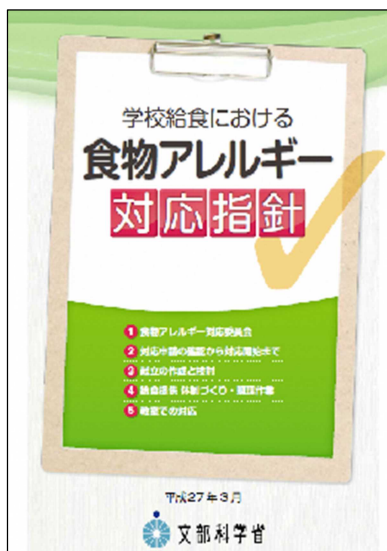
学校のアレルギー疾患に対する
取り組みガイドライン

平成20年3月
公益財団法人 日本学校保健会



学校給食における
食物アレルギー対応指針

平成27年3月
文部科学省



アレルギー疾患の
児童生徒対応マニュアル

平成30年1月
高知県教育委員会事務局 保健体育課

