

令和 年 月 日

あわら市教育委員会 様

保護者氏名

学校給食における食物アレルギーについて、医師の診断結果に基づき、下記のとおり申請します。

学校名／学年 組 番	学校 年 組 番		生年月日 平成・令和 年 月 日 (男・女)
ふりがな			
児童生徒氏名			
自宅住所	〒	電話番号	
医療機関名 所在地 医師名			電話番号
診断方法	IgE 抗体値検査陽性	有・無	検査日: 年 月 日
	食物負荷試験陽性	有・無	検査日: 年 月 日
	医師の診察による診断	有・無	(問診や内診等)
原因食物について *「家庭での対応」については、一部除去や完全除去など詳細な内容を記載してください。	原因食物	症状	家庭での対応
運動との関連性について	有・無・不明	【☑の場合 原因食物: _____】	
処方薬等	アドレナリン自己注射薬(エピペン®)	有・無	
	内服薬	有・無 【☑の場合 常時・緊急時】	
	その他	有・無	
※1 アナフィラキシーの既往	有・無	_____	歳頃
	【☑の場合 原因食物: _____		症状: _____】

※1 「アナフィラキシー」とは、食物アレルギー反応により、皮膚、呼吸器、消化器、循環器、神経など複数に重い症状があらわれることを言います。特に、血圧低下や意識障害などを伴う場合を「アナフィラキシーショック」と言います。

※裏面もご記入ください。

学校給食において、対応を希望する原因食物とその対応内容について、表1を参考にご記入ください。

詳細な献立表の配布のみ 【原因食物】

原因食物	対応内容 (☑複数回答可)
	<input type="checkbox"/> 除去食対応 <input type="checkbox"/> 代替食対応 <input type="checkbox"/> 弁当対応(一部・全部／完全)
	<input type="checkbox"/> 除去食対応 <input type="checkbox"/> 代替食対応 <input type="checkbox"/> 弁当対応(一部・全部／完全)
	<input type="checkbox"/> 除去食対応 <input type="checkbox"/> 代替食対応 <input type="checkbox"/> 弁当対応(一部・全部／完全)
	<input type="checkbox"/> 除去食対応 <input type="checkbox"/> 代替食対応 <input type="checkbox"/> 弁当対応(一部・全部／完全)
	<input type="checkbox"/> 除去食対応 <input type="checkbox"/> 代替食対応 <input type="checkbox"/> 弁当対応(一部・全部／完全)

表1 学校給食における食物アレルギー対応について

(1) **詳細な献立表対応** 給食の材料を詳細に記した献立表を事前に保護者へ配布します。

*この対応は、詳細献立表をもとに、本人が原因食物を給食から除いて喫食する対応のため、対応食の提供はありません。

(2) **除去食対応** 調理の段階で原因食物を除き、除去食を提供します。

(3) **代替食対応** 原因食物を含まない食品(商品)を使用し、代替食を提供します。

(4) **弁当対応** *給食センターでは、弁当持参の日について学校と情報共有を行います。

一部	給食対応が困難である、その日の料理の一部に対し、弁当を家庭より持参
全部	給食対応が困難である、その日の 献立全て に対し、弁当を家庭より持参
完全 弁当	症状が重篤であるなど、日々の安全な給食対応が困難な場合に、毎日家庭より弁当を持参

*補足

- ・学校給食において、そば、生卵、生の魚介類、全てのナッツ類を提供することはありません。
(全てのナッツ類とは、マメ科の落花生(ピーナッツ)、木の実類のくるみ、アーモンド・カシューナッツ・ヘーゼルナッツ類等です。)
- ・当センターでは、「野菜、果物、練り製品(魚のすり身)」の食物アレルギー対応は実施していません。
- ・「小麦、大豆」は多様な食品に含まれているため、対応内容については要相談となります。

【注意事項】

- ①学校給食での対応を希望される場合は、本申請書とあわせて医師の診断による「学校生活管理指導表」(様式3)を併せて提出してください。
- ②本申請書を受理後、面談を実施し詳細な内容の確認を行います。その後、市教育委員会(食物アレルギー対応検討委員会)において、対応内容を検討し決定内容を通知いたします。
- ③食物アレルギー対応の変更・解除については随時受付ます。