

アレルギー対応食提供開始までの流れと申請書類について

申請 ・ 次の書類を学校へ提出してください。

- ① 弘前市学校給食食物アレルギー対応食提供事業実施申請書
- ② 食物アレルギー調査票（様式1、様式2）
- ③ 学校生活管理指導表^{※1}（又はそれに準ずる医師の診断書。いずれも写しで可）
- ④ 面談日程希望調査票

(※1) 医師の検査を受け、医師が証明したものを提出してください。令和7年に実施した就学時健診時以降に、すでに学校に提出している場合は添付不要です。（この場合は学校に申し出てください。）

(※2) 申請の受付は4月、9月、1月の年3回実施します。

第1回申請締切 **令和8年4月17日（金）** 提出先：学校
4月以降に（クラスが決まってから）提出してください。

保護者面談 4月下旬～5月上旬を予定しています。（個別に電話でご連絡します。）

申請書類に基づき担当栄養士等が保護者と面談を行い、児童生徒の食物アレルギー症状の詳細について確認します。

会場：弘前市役所岩木庁舎（弘前市賀田一丁目1-1）

審査会（医師による指導・助言） 6月上旬

アレルギー専門医の指導・助言に基づき、対応食提供の可否を総合的に判断します。

対応食提供の決定（決定通知書の送付）、学校へ説明（情報共有） 6月中旬

対応食提供の可否を最終決定し、保護者及び在学学校へ決定通知書を送付します。

献立表の送付 6月下旬

翌月の献立表を学校を通じて各家庭に送付します。

提供の開始 7月～

毎年度1回（1月）、対応食の継続に係る申請書を提出していただきます。
書類は学校を経由して送付します。

弘前市学校給食食物アレルギー対応食提供事業実施申請書

弘前市教育委員会教育長 様

申請者(保護者)氏名

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

弘前市学校給食食物アレルギー対応食提供事業の実施について、下記のとおり必要書類を添えて申請します。

申請対象児童生徒	学校名		(ふりがな) 児童生徒氏名	性別 (男 ・ 女)	年組	年組
	住所	〒				

○緊急時等連絡先 ※勤務先を選択した場合は、()内に勤務先の名称を記入してください。

No.	続柄	氏名	連絡先電話番号	
1			<input type="checkbox"/> 携帯電話	— —
			<input type="checkbox"/> 勤務先()	— —
2			<input type="checkbox"/> 携帯電話	— —
			<input type="checkbox"/> 勤務先()	— —
3			<input type="checkbox"/> 携帯電話	— —
			<input type="checkbox"/> 勤務先()	— —

○保育園・幼稚園・転入前学校での対応(新入学・転入のみ記入)

園・転入前学校名		給食対応	有 ・ 無 ・ 毎日弁当
これまでの給食対応内容			

■添付書類

- 『食物アレルギー調査票』
- 『学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)』 または それに準ずる医師の診断書

食物アレルギー調査票

学校名： _____ 学校

4月上旬に学校から配付されますので、クラスが決まってから申請してください。

『学校生活管理指導表』はこのまま使用できますので、医療機関で記入してもらってください。

- 1 医師の診断について
(1) 医師の診断を受けたことがありますか？
(2) 医師による食物アレルギーの最も重症な診断はありますか？
2 これまでにアナフィラキシー^(注1)を
(はい ・ いいえ)

「はい」の方は以下の(1)～(3)にもお答えください。

- (1)いつ頃ですか？ (_____ 年 _____ 月頃)
- (2)どんな食物(食品)ですか？ (食物・食品名： _____)
- (3)アナフィラキシーショック^(注2)と診断されましたか？
(はい(_____ 年 _____ 月頃) ・ いいえ)

- 3 エピペン^(注3)を医師から処方されていますか？
(はい ・ いいえ)
↳ 学校へ保管を要望しますか？ (はい ・ いいえ)

- 4 現在、アレルギー疾患の治療のために使用している薬はありますか？
(ある ・ ない)
↳ どんな薬ですか？ (内服薬 ・ 吸入薬 ・ 外用薬 ・ 注射薬 ・ その他)

- 5 学校へ携帯を希望する薬はありますか？
(ない ・ ある(薬剤名： _____))

- 6 過去に除去をしていたが現在は普通に食べられるようになった食物はありますか？
(ない ・ ある(食物・食品名： _____))

(注1) **アナフィラキシー**とは

緊急性の高いアレルギー症状であり、じんま疹などによる皮膚症状、咳や呼吸困難などの呼吸器症状、持続する腹痛や嘔吐による消化器症状、血圧低下や意識低下による循環器・神経症状で、2つ以上の臓器に重篤な症状が現れる場合

(注2) **アナフィラキシーショック**とは

アナフィラキシーにおいて、ショック症状(血圧低下やそれに伴う意識障害などの症状)を伴う場合

(注3) **エピペン**とは

アナフィラキシーの全ての症状を和らげるアドレナリン自己注射製剤

面談日程希望調査票

下記の時間帯で希望する日時の欄に、希望順に番号を記入してください。

面談時間は、30分程度です。多少前後する場合がありますので、予めご了承ください。

<記入例>

	4月24日 (木)	5月7日 (水)	5月9日 (金)	5月12日 (月)	5月13日 (火)	5月14日 (水)
13:00~	1			3		
} }	} }	} }	} }	} }	} }	
18:00~		2				

日程調整の 連絡先	氏名		勤務先		— —	
			携 帯			
児童生徒	学校名	学校	氏名			

	4月24日 (木)	5月7日 (水)	5月9日 (金)	5月12日 (月)	5月13日 (火)	5月14日 (水)
13:00~						
13:30~						
14:00~						
14:30~						
15:00~						
15:30~						
16:00~						
16:30~						
17:00~						
17:30~						
18:00~						

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。

		病型・治療	学校生活上の留意点	緊急時連絡先
アナフィラキシー (あり・なし)	食物アレルギー (あり・なし)	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	A 給食 1. 管理不要 2. 管理必要 <hr/> B 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要	★保護者 電話： <hr/> ★連絡医療機関 医療機関名： <hr/> 電話：
		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 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要 <hr/> D 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 <hr/> 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	
		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 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 〈 〉	F その他の配慮・管理事項(自由記述)	記載日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 <hr/> 医師名 _____ ⑤
		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（ ）		医療機関名
気管支ぜん息 (あり・なし)	(公財) 日本学校保健会作成	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	A 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要 <hr/> 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	★保護者 電話： <hr/> ★連絡医療機関 医療機関名： <hr/> 電話：
		B-1 長期管理薬（吸入） 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 () ()	C 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要	
		B-2 長期管理薬（内服） 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 () 2. その他 ()	D その他の配慮・管理事項(自由記述)	記載日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 <hr/> 医師名 _____ ⑤
		B-3 長期管理薬（注射） 1. 生物学的製剤 ()		医療機関名
		C 発作時の対応 1. ベータ刺激薬吸入 () () 2. ベータ刺激薬内服 () ()		

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

病型・治療		学校生活上の留意点		記載日		
アトピー性皮膚炎 (あり・なし)	Ⅱ 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		Ⅰ 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		年 月 日	
	Ⅲ-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 ()		Ⅲ-2 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他 ()		Ⅱ 動物との接触 1. 管理不要 2. 管理必要	医師名 _____ ⑤
	Ⅲ-3 常用する注射薬 1. 生物学的製剤		Ⅳ 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要		医療機関名 _____	
		Ⅴ その他の配慮・管理事項(自由記述)				
アレルギー性結膜炎 (あり・なし)	病型・治療		学校生活上の留意点		記載日	
	Ⅱ 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 ()		Ⅰ プール指導 1. 管理不要 2. 管理必要		年 月 日	
	Ⅲ 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 ()		Ⅱ 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要		医師名 _____ ⑤	
		Ⅲ その他の配慮・管理事項（自由記載）		医療機関名 _____		
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)	病型・治療		学校生活上の留意点		記載日	
	Ⅱ 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		Ⅰ 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要		年 月 日	
	Ⅲ 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 ()		Ⅱ その他の配慮・管理事項（自由記載）		医師名 _____ ⑤	
				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 _____