

第4章 資料・様式

資料 1	学校における食物アレルギー対応について (学校における食物アレルギー対応希望届)	P 4 2
資料 2	学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)	P 4 3
資料 3	食物アレルギーを有する児童生徒への対応について<保護者宛>	P 4 4
資料 4	学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用) について<保護者宛>	P 4 4
資料 5	学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用) の作成についてのお願い<主治医宛>	P 4 5
様式 1	食物アレルギー個人カルテ	P 4 6
様式 2	食物アレルギー対応面談等記録票	P 4 7
様式 3	食物アレルギー対応児童生徒一覧表	P 4 7
様式 4	学校給食における食物アレルギー対応について	P 4 8
様式 5	食物アレルギー ヒヤリハット報告書	P 4 8
様式 6	事故未然防止のためのチェックリストⅠ (献立作成時) Ⅰ-1 献立作成時 Ⅰ-2 予定献立変更時	P 4 9
様式 7	事故未然防止のためのチェックリストⅡ (調理時) Ⅱ-1 調理開始時 Ⅱ-2 調理後 Ⅱ-3 運搬前	P 5 0 P 5 1
様式 8	事故未然防止のためのチェックリストⅢ (会食前) Ⅲ 会食前 記入例	P 5 2 P 5 3
参考 1	食物アレルギー等 発症状況報告書	P 5 4
参考 2	学校における食物アレルギー対応解除届	P 5 4

● 誤食の場合、給食後にアレルギー症状が発生した場合

速やかに、電話で健康教育課へ報告してください。

報告内容は【参考 1 食物アレルギー等発症状況報告書】を参考にしてください。

● 食物アレルギーが疑われる症状が発生した場合

速やかに、電話で健康教育課へ報告してください。

● 食物アレルギー対応を解除する場合

「学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)」を提出しないことで、食物アレルギー対応を解除としています。

必要に応じて【参考 2 学校における食物アレルギー対応解除届】を活用ください。



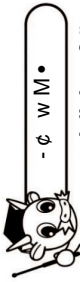
活管理指導表（アレルギー疾患用）

<p>気管支ぜん息（あり・なし）</p>		<p>病型・治療</p> <p>A. 重症度分類（発作型） 1. 同次型 2. 軽症持続型 3. 中等症持続型 4. 重症持続型</p> <p>B-1. 長期管理薬（吸入薬） 1. ステロイド吸入薬 2. 長時間作用性吸入ベータ2刺激薬 3. 吸入抗アレルギー薬（「インターナル®」） 4. その他（ ）</p> <p>B-2. 長期管理薬（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2刺激薬内服薬・貼付薬 4. その他（ ）</p>		<p>学校生活上の留意点</p> <p>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</p> <p>B. 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 1. 保護者と相談し決定 2. 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名（ ）</p> <p>C. 宿泊を伴う校外活動 1. 保護者と相談し決定 2. 保護者と相談し決定</p> <p>D. その他の配慮・管理事項（自由記載）</p>		<p>緊急時連絡先</p> <p>★保護者 電話 ★連絡医療機関 医療機関名 電話</p> <p>記載 年 月 日 医師名 医療機関名</p>	
<p>アトピー性皮膚炎（あり・なし）</p>		<p>病型・治療</p> <p>A. 重症度のみやま（厚生労働省学習班） 1. 軽症（皮膚の腫れのみ） 2. 中等症（強い痒みを生ずる） 3. 重症（強い痒みを生ずる） 4. 最重症（強い痒みを生ずる）</p> <p>B-1. 常用する外用薬 1. ステロイド軟膏 2. フロロピクク® 3. 保湿剤 4. その他（ ）</p> <p>B-2. 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他（ ）</p>		<p>学校生活上の留意点</p> <p>A. プール指導及び長時間の終日下での活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. 学校施設で可浴な場合夏季シャワー浴</p> <p>B. 動物との接触 1. 保護者と相談し決定 2. 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名（ ）</p> <p>C. 宿泊を伴う校外活動 1. 保護者と相談し決定 2. 保護者と相談し決定</p> <p>D. その他の配慮・管理事項（自由記載）</p>		<p>緊急時連絡先</p> <p>★保護者 電話 ★連絡医療機関 医療機関名 電話</p> <p>記載 年 月 日 医師名 医療機関名</p>	
<p>アレルギー性結膜炎（あり・なし）</p>		<p>病型・治療</p> <p>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. アトピー性アレルギー性結膜炎 5. その他（ ）</p> <p>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（ ）</p>		<p>学校生活上の留意点</p> <p>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</p> <p>B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定</p> <p>C. その他の配慮・管理事項（自由記載）</p>		<p>緊急時連絡先</p> <p>★保護者 電話 ★連絡医療機関 医療機関名 電話</p> <p>記載 年 月 日 医師名 医療機関名</p>	

活管理指導表（アレルギー疾患用）

<p>アナフィラキシー（あり・なし） 食物アレルギー（あり・なし）</p>		<p>病型・治療</p> <p>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</p> <p>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. 医薬品 5. 昆虫 6. その他（ ）</p> <p>C. 原因食物・診断根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ（ ）内に診断根拠を記載 1. 卵卵（ ） 2. 牛乳・乳製品（ ） 3. 小麦（ ） 4. ソバ（ ） 5. ピーナッツ（ ） 6. 種実類・木の实類（ ） 7. 果物類（ ） 8. 魚類（ ） 9. その他1（ ） 10. その他2（ ） 11. その他3（ ） 12. その他4（ ）</p> <p>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（ ）</p>		<p>学校生活上の留意点</p> <p>A. 給食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定</p> <p>B. 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定</p> <p>C. 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定</p> <p>D. 宿泊を伴う校外活動 1. 配慮不要 2. 食事やイベントの際に配慮が必要</p> <p>E. その他の配慮・管理事項（自由記載）</p>		<p>緊急時連絡先</p> <p>★保護者 電話 ★連絡医療機関 医療機関名 電話</p> <p>記載日 年 月 日 医師名 医療機関名</p>	
<p>アレルギー性鼻炎（あり・なし）</p>		<p>病型・治療</p> <p>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</p> <p>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（ ）</p>		<p>学校生活上の留意点</p> <p>A. 屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定</p> <p>B. その他の配慮・管理事項（自由記載）</p>		<p>緊急時連絡先</p> <p>★保護者 電話 ★連絡医療機関 医療機関名 電話</p> <p>記載 年 月 日 医師名 医療機関名</p>	

●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学校職員（給食調理業務委託先の調理業務従事者も含む）、教育委員会、医療機関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： _____



-φ wM•

iúžèçª" > b"Ç•\F•w0 t m M o

^Mh†φ--•»q

¶i p x s 7 U @ t ¶ ~ t ú ~ t ¶ i \ A E > ù \ q u p v " " O t z i ú ž è ç a " t b
" É > æ l o M † b { - φ w M w š → S & M M h ` † b {

iúžèçª" t b " 0 q o z ¶ i t S M o x w 0 > ž A q b "
 T R O T Z U ` ` o X i ^ M {

¶ i \ A E t S M o x w 0 U ž A s Ó u q x •
~ t " 1 0 U ž A s t z ... i w € U ž A p K " {
~ ž Ā è A e a i x ~ « ù φ æ Ö i " " ž Ā ĭ μ » Ū i s r r M ^ • o M " {
~ ū i p { O š Ā ~ A E ` p € U ž A p K " {
~ á ` φ . ~ « á Ó A E ` s ž Ī A E ` s r p € U ž A p K " { s r

iúžèçª" 0 > 1 1 b " « > ¶ i t ` Z o z @ ¶ i \ A E g i <
 - φ ž è ç a " i ĩ ñ ; £ - > | Z " z © ; > | ` o X i ^ M {

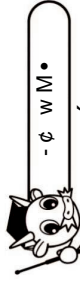
© £ U ^ R ` h @ ¶ i \ A E g i < - φ ž è ç a " i ĩ ñ ; £ - > ¶ i • Z
 ` o X i ^ M { ¶ i p w 0 t m M o z x Ø Š , æ M † b {

@ ¶ i \ A E g i < - φ ž è ç a " i ĩ ñ ; £ , t z ¶ i \ A E t S Z " € t m M o
š i Š ` † b {
~ ... i i Z p x s X z i ú ~ i p { O š Ā • z Ī A E ` s r t m M o ; š i Š ` † b {
~ ¶ l o w š A i t x S Q p V s M Ó ū ` k " † b w p š f • X i ^ M {
h q Q y z Ā • " p S U C ^ • " D ó Q U K " Ó ū s x z Ā , w - w h š Z
S + p w Ě € > S & M b " Ó ū U K " † b {

iúžèçª" 0 U % • • • † b {

» iúžèçª" w ĭ • t b " Ø C ¼
B ÷ U * U E Q p ĩ , " • \ q x ' X K " † b { ĩ , " • c " φ " • Đ g M o s r f > Y `
X Q ... b " h š t z z è ç a " • o @ w < p æ O @ i ú & ± Ū Y ¼ g ~ U ž A s Ó ū ` k " † b {
@ i ú & ± Ū Y ¼ g ~ , i a ` o M " @ ; t m M o x z i @ w C E \ • ¶ i t s δ M ū ~ d X i
^ M {

¿ %



-φ wM•

® ¶ i \ A E g i < - φ ž è ç a " i ĩ ñ ; £ - t m M o

^Mh†φ--•»q

@ ¶ i \ A E g i < - φ ž è ç a " i ĩ ñ ; £ x z x ` w Ç • \ F t m M o z ± Y s w ` Ā > Y ` X
 ú r b " h š t z z a s { ` p b { † t s > | < ` o M " i @ q ' X i Š ` o z G L , ` T ` o X
 i ^ M {

Ö . Ç 8 t C ± ` h ì ž è ç a " S W X z r Ó q q < t i • b " q β Q ` • † b { `
 ` h ! > ` o M s M Ó ū t x z ... > _ Ū b ` M ; q q s " † b w p z > £ q i Š ` z t ` U ž A
 T 6 ° A ` o k ` M † ` • O {

† h z B ÷ U * U E Q p ĩ , " • \ q x ' X K " † b { ž è ç a " • o @ q i Š ` z i ú & ±
 Ū Y ¼ g > b ` s r ` o z ž A 7 ~ v w † , ` † • O { i @ T @ G L p v s M @ i ú & ± Ū
 Y ¼ g U ž A ~ s r q ... ^ • h Ó ū t z z è ç a " • o @ > ` p ` o k ` O q ` M p ` • O {

» ® ¶ i \ A E g i < - φ ž è ç a " i ĩ ñ ; £ - w Z U ž A s M ¼
 ¶ i \ A E t S M o z i ú ž è ç a " t b " € U ž A s Ó ū t Z ` † b {
 € q x @ i ú ž è ç a " w h š t t " 1 0 U ž A p K " @ ž Ā è A e a i x ~ « ù z Ā ĭ μ
 » Ū i s r r M ^ • o M " ~ s r U K " † b {

» C æ % Ū ¼
 @ ¶ i \ A E g i < - φ ž è ç a " i ĩ ñ ; £ x z ... { q % a { M t s " † b { { % x x ... q s
 " z © ; t " " Ÿ s " † b { - o š @ ... • R M S w 0 Ā ž p b {
 ¶ i ... i t S Z " i ú ž è ç a " 0 w h š w @ ¶ i \ A E g i < - φ ž è ç a " i ĩ ñ ; £ C æ ...
 x z , ¶ • M S w 0 Ā q s " † b { ` p b " M x ¶ i t s ` Z X i ^ M {

» ! w j < ¼
 @ ¶ i \ A E g i < - φ ž è ç a " i ĩ ñ ; £ x z @ £ U š Š • - φ w M q i Š ` s U ` A R `
 † b w p z z è ç a " w j ¼ i ú x ? T z s e t ` ` o M " w T z H p w j ¼ i ú w • Y - z ž
 z w ... x r w ` O s < w p K i h t s > z Y - t @ £ t ; Q " ž A U K " † b { | U μ Ū " ¶ t
 p V " O t z - φ w M < @ ¶ i \ A E g i < - φ ž è ç a " i ĩ ñ ; £ w ° 0 > - Y ` o S X q
 ` M p ` • O {
 á S p x @ ; U t x t v b " i Z p s X z ... t x i ú & ± Ū Y ¼ g > æ O s r i U T T
 " h š z á š t @ • ; > | ` z Ī á š t z z o w i š > % • ` o X i ^ M {

» f w ¼
 Z ^ • h @ ¶ i \ A E g i < - φ ž è ç a " i ĩ ñ ; £ x z ¶ i t S Z " Ó x w " É ` t | Ó x
 i w 0 t A E ; b " h š Ğ L ^ • h ° 0 , ¶ i ĩ w ... i Đ g Ā ž • W C E w Đ g Ā ž H Ā < % & z
 --•» q z © ; p ž ` † b {

¿ %

7Ü

-

İÜžèç" x ŞÇÄy



øšó
^RÓ
yyyyáyyyyDyyyó
yyyyáyyyyDyyyó

ye-y"yUysE Ç·\F-É	Q	%~•\áDÓ	?"éjø	"9jø	yyyyáyyyyDyyyó
-ø-É	ÓxÉWÆ ø_sE				
-øEt	y^Mhtø				

y yj¼iüqé.\$s±Ytl ... Æ	... Æ
j¼iüq, é.\$s±Y	f\Ts±Yw7 "iüÜY¼gEQ ...MH&A.sU*ALEQ

y yH pwİÄ~S•m~Žİsw0 MO

y yzÆÑŸá©³"C±w Á

□yy y□yyyÁ j¼øyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyy yE

y ymĐÖi_ø; &gw Á

y rMw Áyy □yy y□yyyÁ

y mĐÖi_Äg; Äè"Æ"t'" Áw Á □yy y□yyyÁ

y y İ©

yy©; Ètl •J• qow! Ÿ~--;mw N-ló°0

yy yİy©y•

yy øŞçÁ£jø•

yyEt~?éjø•

y yÓx0 İw! Æ

yy©; Ètl •J•

yy yİy©•

yy øŞçÁ£jø•

yyEt~?éjø•

j

y yŸ\Æw p z r w'Os €>1\`fbTø...i~ŸíæÄsE

y~Ÿí...itSZ"iüžèç"0 y> Äð-

ÄIsYq~0	> yøyyyyáyyyyDyyyóE	!ÈyøyyyyáyyyyDyyyóE
+p0		
t'ı0		
E8ı0		
fw		

y~Ÿípw7 -yžèç"±Ÿ>C±`hÖürtGá

	áyyyyDyyyó	áyyyyDyyyó
±yŸ		
r"&a		
fw		

y~>GÄð-

食物アレルギー対応面談等記録票



年	組	氏名	男・女	初回面談日	年	月	日
初回面談出席者		保護者： 父親 ・ 母親 ()					
		校長・教頭・学級担任・保健主事・養護教諭・給食主任・栄養教諭・学校栄養職員					
		学校： ()					
年	月	日	保護者との面談記録	学校での対応			

【記載例】

年	月	日	保護者との面談記録	学校での対応
△年△月△日			出席者：母親 食物検査の結果が陰性となり、主治医から許可も得たため、牛乳除去を解除したいとの申し出があった。 (△月○日、●●病院受診。牛乳の除去解除の指示あり。)	出席者：校長 学級担任 養護教諭 栄養教諭 △月○日の給食から、牛乳除去を解除する。



年度 食物アレルギー対応児童生徒一覧表

(年 月 日 現在)

No.	年	組	児童生徒名	原因食物	給食での対応	配慮事項	クラブ活動	部活動
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

保護者様
 ○○小(中) 年 月 日 号
 さいたま市立 小(中) 学校
 校長

学校給食における食物アレルギー対応について

年 月 日付でお申し出のありました、学校給食における食物アレルギー対応について、下記のとおり決定いたしましたので、お知らせいたします。

記

年 組 児童生徒氏名

対 応 方 法
1 詳細な献立表対応 保護者の指示、もしくは児童生徒自身の判断で、学校給食から原因食物を除いて食べます。
2-① 一部弁当対応 給食で除去食等の提供が難しい献立についてのみ、弁当を持参していただきます。
2-② 完全弁当対応 給食は食べず、全て弁当を持参していただきます。
3 除去食対応 給食から原因食物を除いた除去食を提供します。
4 その他

原 因 食 物	対 応 方 法
	1 2-① 2-② 3 4
	1 2-① 2-② 3 4
	1 2-① 2-② 3 4

※ 毎月、給食の原材料を詳細に記した献立表(詳細な献立表)、加工食品の配合表等を配付します。内容の確認をお願いします。

年 組 担任
 給食担当者

食物アレルギー ヒヤリハット報告書

学校名	さいたま市立 小・中・高等・特別支援学校	
報告者名	職名	氏名
報告日時	年 月 日 (曜日) [時 分]	
調理の形態	直営 委託 (業者名:)	

発生日時	年 月 日 (曜日) [時 分]
学年	気付いた職員
原因食物	料理名
発生場所	活動内容 給食時間・その他()

発生状況 (時系列で記入)

<検証> 原因・問題点

今後の 対策・改善点

備考

※ ヒヤリハット発生後、速やかにFAXにて報告してください。
 ※ 送信票は不要です。

健康教育課 受理日時	受理者
年 月 日	
午前・午後 時 分	

さいたま市教育委員会 学校教育部健康教育課
 健康教育係 TEL 048-829-1679
 給食係 TEL 048-829-1680
 FAX 048-829-1990

学校給食におけるアレルギー事故未然防止のためのチェックリスト I (献立作成時)

様式 6

I-1 献立作成時のチェックリスト (栄養教諭・学校栄養職員及び管理職等、複数で確認する。)

(年度)

No.	チェック項目	対象月	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
		確認日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
		確認者 1																
		確認者 2																
1	詳細な献立表を作成した。																	
2	1日の献立の中の複数のメニューに同じ原因食物が入っていないことを確認した。																	
3	加工食品は配合表で原因食物の使用の有無を確認し、対応をした。																	
4	調味料は配合表で原因食物の使用の有無を確認し、対応をした。																	
5	食物アレルギー対応児童生徒一覧表(様式3)を使って実施日毎に学級と対象者名を確認した。																	
6	全校配付用献立表の献立名は、原因食物がわかるように表記した。																	
7	調理指示書(調理業務詳細注文書)に食物アレルギー対応を詳しく明記した。																	
8																		

※毎月、チェックリストを使用して確認を行う。

I-2 予定献立変更時のチェックリスト(栄養教諭・学校栄養職員及び管理職等、複数で確認する。)

(年度)

No.	チェック項目	変更日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
		確認日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
		確認者 1																
		確認者 2																
1	変更後の使用食材は、配合表で原因食物がないことを確認した。																	
2	変更後の使用食材に原因食物がある場合は、対応を調理指示書(調理業務詳細注文書)、作業工程表、作業動線図に明示した。																	
3	変更した内容を、管理職に報告した。																	
4	変更した内容を、担任に連絡した。																	
5	変更した内容を、保護者に連絡した。																	
6																		

※献立を変更する場合は、上記チェック項目を確認し、確実に対応する。

学校給食におけるアレルギー事故未然防止のためのチェックリスト II (調理時)

様式 7

II-1 調理開始時のチェックリスト(毎朝、チーフを中心に調理担当全員で確認する。)(年度)

No.	チェック項目	確認日	月 日 (月)	月 日 (火)	月 日 (水)	月 日 (木)	月 日 (金)
		チーフ					
1	納入された加工食品等に原因食物が含まれていないことを、内容表示で確認した。						
2	学級と対象者名						
	調理指示書(調理業務詳細注文書)に記載された対応を確認した。						
	対象者毎の除去する食品及び献立名						
	アレルギー対応食に使う食器・器具						
	アレルギー対応食に使う食器・器具 確認・連絡用個人カード(学級名、対象者名、メッセージ)						
3	アレルギー対応食がないことを連絡する表示(学級名、対象者名、メッセージ)						
	アレルギー対応食を調理する担当者						
	原因食物を取り分ける段階						
	作業工程表を確認した。 使い捨て手袋の使用、エプロンの使い分けの段階						
4	原因食物別にアレルギー対応食を作る順番						
	アレルギー対応食を調理する場所 原因食物を扱う場所						
5	作業動線図を確認した。 調理指示書(調理業務詳細注文書)・作業工程表・作業動線図を掲示してある場所を確認した。						

学校給食におけるアレルギー事故未然防止のためのチェックリスト II (調理時)

様式 7

II-2 調理後のチェックリスト(毎日、チーフを中心に調理担当全員で確認する。) (年度)

No.	チェック項目	確認日	月 日 (月)	月 日 (火)	月 日 (水)	月 日 (木)	月 日 (金)
		チーフ					
1	納入された加工食品等に原因食物が含まれていないことを、内容表示で確認した。						
2	学級と対象者名						
	調理指示書(調理業務詳細注文書)に記載された対応を確認した。						
3	対象者毎の除去する食品と献立名						
	アレルギー対応食に使う食器・器具						
	確認・連絡用個人カード(学級名、対象者名、メッセージ)						
	アレルギー対応食がないことを連絡する表示(学級名、対象者名、メッセージ)						
4	アレルギー対応食を調理した担当者						
	原因食物を取り分ける段階						
	使い捨て手袋の使用、エプロンの使い分けの段階						
5	原因食物別に除去食を作る順番						
	作業工程表に従い調理した。						
4	作業動線図を守り調理した。						
	アレルギー対応食を調理する場所						
5	原因食物を扱う場所						
	調理指示書(調理業務詳細注文書)・作業工程表・作業動線図を確認しながら調理した。						

II-3 運搬前のチェックリスト(毎日、調理担当者、栄養教諭・学校栄養職員の複数で、指差し呼称により確認する。) (年度)

No.	チェック項目	確認日	月 日 (月)	月 日 (火)	月 日 (水)	月 日 (木)	月 日 (金)
		確認者 1					
		確認者 2					
1	確認・連絡用個人カードが対象者のトレイまたは食器等に添えてある。						
2	アレルギー対応食がないことを連絡する表示がワゴン等に添えてある。						
3	アレルギー対応食に蓋やラップがされている。						
4	決められた受け渡し方法になっている。						
5							

学校給食におけるアレルギー事故未然防止のためのチェックリスト III (会食前)

様式 8

第 年 月 日 組

対象者名	原因食物

対象者名	原因食物

III 会食前のチェックリスト(毎日、学級担任等が確認する。→月末に回収する。)

No.	チェック項目	確認日						
		日(月)	日(火)	日(水)	日(木)	日(金)	日(月)	日(火)
1	対象者及び対応方法を詳細な献立表で確認した。							
2	対象者にアレルギー対応食が届いている。 ・「確認・連絡用個人カード」に記載された内容と合っている。 ・アレルギー対応食には、蓋やラップがされている。							
3	配膳は、学級で一番初めに行った。							
4	献立の一部を食べないことになっている対象者は、そのことを承知している。							
5	「おかわり」について対象者に指示した。							
6	片づけ時に原因食物に触れないよう対象者に促した。							
7								

No.	チェック項目	確認日						
		日(月)	日(火)	日(水)	日(木)	日(金)	日(月)	日(火)
1	対象者及び対応方法を詳細な献立表で確認した。							
2	対象者にアレルギー対応食が届いている。 ・「確認・連絡用個人カード」に記載された内容と合っている。 ・アレルギー対応食には、蓋やラップがされている。							
3	配膳は、学級で一番初めに行った。							
4	献立の一部を食べないことになっている対象者は、そのことを承知している。							
5	「おかわり」について対象者に指示した。							
6	片づけ時に原因食物に触れないよう対象者に促した。							
7								

学級担任等は、食物アレルギー対応のある児童生徒に配膳された給食が適切な内容であるか、喫食直前に確認する。

