

学校給食における 食物アレルギー対応マニュアル

一子どもたちの笑顔が見える

安全な学校給食を提供するために一

高梁市教育委員会

目 次

I 基本的な考え方	・・・ 1
II 実施基準	・・・ 1
III 実施までの流れ	・・・ 2
IV 解除までの流れ	・・・ 3
V 学校給食での対応と配慮事項	・・・ 4
【様 式】	・・・ 7
保健調査票	・・・ 8
食物アレルギー調査票の提出について（お願い）	・・・ 11
食物アレルギー調査票	・・・ 12
食物アレルギーに関わる書類の提出について（お願い）	・・・ 14
学校生活管理指導表	・・・ 15
食物アレルギー対応個人票	・・・ 17
学校給食における食物アレルギー対応の同意書	・・・ 18

学校給食における食物アレルギー対応について

I 基本的な考え方

学校給食は、実際の食事という生きた教材を通して、正しい食事の在り方や好ましい人間関係を体得することをねらいとして行われる教育活動である。したがって、食物アレルギーの有無に関わらず、すべての幼児、児童や生徒（以下「生徒等」という。）が学校給食のねらいを達成できるように考えていくことが大切であり、以下を基本的な考え方とする。

- 食物アレルギーを有する生徒等にも給食を提供する。そのためにも**安全性を最優先**とする。
- 食物アレルギー対応委員会等により組織的に行う。
- 「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」に基づき、医師の診断による「学校生活管理指導表」の提出を**必須**とする。
- 安全性確保のため、原因食物の完全除去対応、**提供するかしないか**を原則とする。
- 学校及び調理場の施設設備、人員に鑑み、過度に複雑な対応は行わない。
- 教育委員会等は食物アレルギー対応について一定の方針を示すとともに、各学校の取組を支援する。

II 実施基準

以下の4つの条件を満たしている生徒等に対して、学校給食における食物アレルギー対応を実施する。ただし、この基準は絶対的なものではなく、事情がある場合には保護者及び学校等で協議する。

- (ア) 医師の診察・検査(可能な限り食物負荷試験)により、「食物アレルギー」と診断され、医師から特定の食物に対して対応の指示があること
- (イ) 基本的に1年に1回は受診し、評価を受けていること
- (ウ) 定期的に受診し、検査を行っていること
- (エ) 家庭でも当該原因食品の除去を行っていること

Ⅲ 実施までの流れ

学校給食における食物アレルギー対応の開始申し出のあった場合には、医師の診断に基づいた協議を行い、保護者や関係者全てに周知され、滞りなく給食の提供ができるよう、以下の流れで対応する。また、子どもの食物アレルギーの症状は成長とともに年々変化することや学校の状況が変わることから、手続きは毎年行う。

1 「食物アレルギー調査票」による実態把握（～2月）【学校・園】

1) 在園・在校生

- ・毎年12月に「食物アレルギー調査票」(P12, 13)を配付し、実態を調査する。
- ・症状が変化した場合や新規発症の場合は、随時、対応する。

2) 新入生と転入生

- ・新入生には、就学時健康診断や入園・入学説明会の機会に、また、転入生にはその都度、「食物アレルギー調査票」を配付し、実態を調査する。

2 「学校生活管理指導表」による詳細調査（～2月）【学校・園】

- ・学校・園は、「食物アレルギー調査票」を基に、対象となる生徒等に「学校生活管理指導表」(P15, 16)を配付する。
- ・医師の診断を受け、「学校生活管理指導表」を提出する。
(卒園・卒業する場合) ここまでの資料の取りまとめは、在籍している学校・園。その後、進学先にまとめた資料を送り、引継ぎを行う。

3 「学校生活管理指導表」に基づく面談（1～3月）【保護者と学校・園、給食センター】

- ・学校・園は、提出された「学校生活管理指導表」を基に、**対象保護者と管理職及び実務者**（保健主事、養護教諭、学級担任など。必要に応じて栄養教諭・学校栄養職員、給食センター所長）が**面談**を行い、対応を協議する。新入生については、受け入れる学校がここからの手続きを行う。

4 個別の対応検討と資料の作成（1～3月）【学校・園、給食センター】

- ・学校・園は、**対応個人票**(P17)を基に個別の取組プランを作成する。
- ・校園長は、個別の取組内容について学校給食センター所長へ依頼する。
- ・学校・園及び給食センターは、個別の対応内容について協議する。

5 アレルギー対応委員会による対応の決定と共通理解（2～3月）【学校・園】

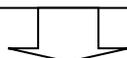
- ・学校・園は、**アレルギー対応委員会**を開催し、面談調書、個別の取組プラン等の資料を基に個別の対応を協議し、決定する。校園長は決定内容を全教職員に周知徹底する。
- ・保護者へ決定した対応内容を伝え、**同意書**(P18)を提出させ了承を得る。

IV 解除までの流れ

対応の実施と同様に解除についても、申し出のあった場合には医師の診断に基づいた協議を行い、保護者や関係者全てに周知され、滞りなく給食の提供ができるよう、以下の流れで対応する。

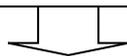
1 保護者の申し出を受けての実態把握【学校・園】

- ・解除の申し出のあった保護者に「学校生活管理指導表」(P15, 16)を渡す。
- ・保護者は、医師の診断・承諾を受け、「学校生活管理指導表」を提出する。



2 「学校生活管理指導表」に基づく面談【保護者と学校・園、給食センター】

- ・学校・園は、提出された「学校生活管理指導表」を基に、対象保護者と管理職及び実務者（保健主事、養護教諭、学級担任など。必要に応じて栄養教諭・学校栄養職員、給食センター所長）が面談を行い、対応を協議する。



3 個別の対応検討と資料の作成【学校・園、給食センター】

- ・学校・園は、対応個人票(P17)を作成する。
- ・校園長は、個別の取組内容について学校給食センター所長へ依頼する。
- ・学校・園及び給食センターは、個別の対応内容について協議する。



4 アレルギー対応委員会による対応の決定と共通理解【学校・園】

- ・学校・園は、アレルギー対応委員会を開催し、面談調書等の資料を基に個別の対応を協議し、決定する。校園長は決定内容を全教職員に周知徹底する。
- ・保護者へ決定した対応内容を伝え、同意書(P18)を提出させ了承を得る。

V 学校給食での対応と配慮事項

(1) 本市の学校給食における食物アレルギー対応の考え方

対応にあたっては、文科省「学校給食における食物アレルギー対応指針」に示されている「学校給食における食物アレルギー対応の原則的な考え方」に基づき判断する。

(2) 食物アレルギーの対応方法

学校給食での食物アレルギー対応は、可能な範囲での除去食や代替食の提供をする方法で行う。学校給食センターにおいて除去食や代替食の対応ができない場合は、弁当持参（毎日または献立内容による）や、状況に応じて自分で除去する方法とする。

また、日頃から、家庭及び学校において食物アレルギーについての理解を深め、自分で判断できる能力の育成を図るため、食物アレルギーがある生徒等に対して、給食調理での対応の有無にかかわらず、詳細な献立表を配付する。

(3) 食物アレルギー対応食品と対応方法

特定原材料7品目「卵、乳、小麦、そば、落花生、えび、かに」及び、特定原材料に準ずるもの21品目「あわび、いか、いくら、オレンジ、アーモンド、カシューナッツ、キウイフルーツ、牛肉、くるみ、ごま、さけ、さば、ゼラチン、大豆、鶏肉、バナナ、豚肉、まつたけ、もも、やまいも、りんご」のうち小麦・大豆を除く26品目について対応する。

小麦と大豆については、多くの加工食品の中に含まれており、除去するのが大変困難であり、加工食品による食物アレルギー症状を起こす被害を防ぐため、安全性の観点より対応食材から除き、弁当対応とする。

それ以外の食品については、家庭で判断し、弁当を持参する。

(4) 給食費の取扱い

一部弁当持参や除去食対応による学校給食費の調整は行わない。ただし、年度途中で食物アレルギーによって給食内容に変更が生じ、その月の半分以上給食を食べなかった場合は、減額の対象となる。

(5) 対応食についての補足事項

① 除去食の提供

【対象】 アレルゲンとなる食品が給食に使っており、調理の過程で除去が可能な場合
【配慮事項】 <ul style="list-style-type: none">・ 生徒等の状態に合わせて、保護者と十分協議して実施する。・ 「少量可」「つなぎ可」「〇gまでは可」など、多段階の除去食の提供は行わず、完全除去（提供するか、しないか）を原則とする。・ 一つの献立に複数の除去対応食品が使っている場合は、その食品を全て除いた除去食のみ調理し、原則として一種類の同じ除去食を提供する。・ 除去食実施日の栄養の不足については、家庭で補えるよう保護者に協力を求める。・ 除去食を、該当の生徒等が間違いなく食べられるようにする。・ 献立の作成にあたっては栄養職員が行うが、所長や調理員など複数の職員が対象者の状態を把握し、献立が適正かの確認を行う。・ 除去食を調理する過程で、調理に当たる者全員が対応の内容を的確に把握し除去された給食が調理配缶できるように、学校栄養職員は分かりやすい調理指示書を作成し、調理員の共通理解を図る。・ アレルゲンを含む加工食品にも注意する。・ 予定献立の変更があった場合、変更した食材のアレルゲンにも注意する。・ 調理過程で、コンタミネーション（食品の混入）を防ぐため、調理器具をよく洗浄し、調理中の飛び散り（飛沫）等に注意する。・ 学校は、除去食の確認を行うとともに、該当者に安全に配膳され喫食できるよう、配膳器具（お玉他）等によるコンタミネーションに注意する。
【対応例】 <p>アレルゲンが「卵」の場合 「卵」のスープ → 「卵」なしスープ</p> <p>※除去食は、複数の除去食調理に対応するため、該当のアレルゲン以外の食品も一緒に除去する場合がある。</p>

② 代替食の提供

【対象】 代替の食品が容易に調達できること。さらに、学校及び学校給食センターが安全に配慮でき、実施可能な場合。
【配慮事項】 <ul style="list-style-type: none">・ 代替食は、調理済み加工品で容易に交換できるものについて対応する。・ 使用材料の一部を変更することによって、同じようなものが提供できる場合は、保護者と十分協議して実施する。・ 学校給食センターにおいて、価格等により入手困難な代替食品の確保については家庭からの持参を依頼する。
【対応例】 「卵」・「ごま」入りふりかけ → ゆかりふりかけ ヨーグルト、プリン、パバロア → ゼリー

③ 弁当持参

- ・ その日一部弁当：アレルギーのある献立のみ、家庭から部分的に一部、弁当を持参する。
- ・ その日全部弁当：アレルギーのある日は、家庭から1食分全部、弁当を持参する。
- ・ 給食提供無し：年間を通して、家庭から毎日、弁当を持参する。

【対象】 除去食・代替食で対応できない場合、アレルギーの原因となる食品が多岐にわたる場合、または極微量でも重篤なアレルギー症状（アナフィラキシー）を引き起こす場合など、調理の過程で完全に除去することが困難な場合
【配慮事項】 <ul style="list-style-type: none">・ 学校給食では除去食対応を基本とする。主食または副食を持参する場合でも、保護者と協議し、食べられるものは給食を提供する。・ アレルギーの原因となる食品を確認し、給食を食べる日（献立）と弁当持参の日（献立）を事前に決める。・ アレルギーの原因食品と同等の栄養価の確保ができるよう、栄養面の指導等、保護者へ働きかけ、理解と協力を得ることが重要。・ 食物アレルギーの生徒等を学校が理解し、学級の生徒等にも正しく理解させ、本人が精神的な負担を感じることはないように配慮する。
【対応例】 アレルギーが「卵」の場合 オムレツ → 主菜の弁当持参

様 式

保 健 調 査 票

この調査はお子様の在学中の健康管理の参考にするとともに、学校で行う健康診断の資料とするものです。関係者以外には知られることはありませんので、正確に記入してください。

学校名	小 学 校						中 学 校		
学年	1年	2年	3年	4年	5年	6年	1年	2年	3年
組									
番号									
児童生徒氏名							男 ・ 女		
生年月日	年 月 日生								

氏名

I 既往症について

・小学校入学前にかかった病気があれば、その時の年齢を記入してください。
 ・過去1年間にかかった病気があれば○を、なければ／を記入してください。

病名	学年	入学前	小 学 校						中 学 校		
			1年	2年	3年	4年	5年	6年	1年	2年	3年
1. 心臓病 ()		歳									
2. 川崎病		歳									
3. 腎臓病 ()		歳									
4. 糖尿病		歳									
5. ひきつけ・てんかん		歳									
6. その他 ()		歳									

II 現在ある症状について

過去1年間をふりかえって、次の項目のうちあてはまるものには○を、あてはまらないものには／を記入してください。

項目	学年	小 学 校						中 学 校		
		1年	2年	3年	4年	5年	6年	1年	2年	3年
1. 頭痛を起こしやすい。										
2. 腹痛を起こしやすい。										
3. 下痢をしやすい。										
4. 便秘をしやすい。										
5. 動悸、息切れをすることがある。										
6. めまいがすることがある。										
7. 気を失って倒れたことがある。										
8. 疲れやすく、元気がないことが多い。										
9. 湿疹やじんましんが出やすい。										
10. 虫刺されの症状がひどくなりやすい。										
11. 聞こえが悪い。										
12. 発音で気になることがある。										
13. 鼻がつまったり、くしゃみや鼻水がよく出たりする。										
14. 頭を傾げる、上目づかいをする、顔の正面で見ない。										
15. 顎の関節が痛んだり音がしたりすることがある。										
16. 歯並びやかみ合わせが気になる。										
17. 色の区別がつきにくいことが度々ある。										

III 運動器について

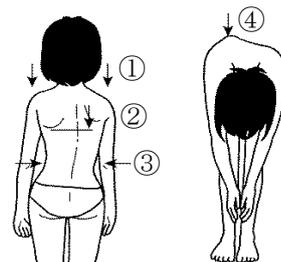
次の項目のうち、あてはまるものには○または部位(例：右肘・左膝)を、あてはまらないものには／を記入してください。(日頃から行っていない動作の場合「できない・痛みがある」ことがあります。何回か行ってみてください。)

項目	学年	小 学 校						中 学 校		
		1年	2年	3年	4年	5年	6年	1年	2年	3年
1. 背骨が曲がっている。										
2. 腰を曲げたり、反らしたりすると痛みがある。										
3. 腕・脚に動きの悪いところがある。										
4. 腕・脚を動かすと痛みがある。										
5. 片脚立ちが5秒以上できない。										
6. しゃがみこみができない。										

<背骨のチェックポイント>

①～④のどれかに当てはまる場合は、学年欄に○を記入する。

- ①両肩の高さの違い
- ②両肩甲骨の位置、高さの違い
- ③脇ラインの左右非対称
- ④前屈したときの、背面(肋骨及び腰)の高さの違い



○年○月○日

保 護 者 様

高梁市立○ ○ ○ 園・学校
校園長 ○ ○ ○ ○ ○

食物アレルギー調査票の提出について（お願い）

・ ・ 時候の挨拶 ・ ・

さて、高梁市内の学校では食物アレルギーのある園児・児童・生徒が、安全で楽しい学校給食や学校生活の時間を送ることができるように、可能な範囲で学校給食において対応するよう様々な配慮をしています。

つきましては、学校給食で食物アレルギーの状況に応じた適切な対応方法を検討するための資料として、別添の「食物アレルギー調査票」にご記入のうえ、次のとおり提出をお願いします。

なお、学校給食での対応につきましては、後日連絡いたします。

記

- 1 提出書類 「食物アレルギー調査票」
- 2 提出期限 ○年○月○日（曜日）
- 3 その他 記入事項で不明な点は、学校・園までご連絡ください。
電話番号 ○○—○○○○

食物アレルギー調査票

年 月 日

高梁市立 学校・園 (組・第__学年 組__番)

園児児童生徒氏名	フリガナ	保護者氏名	フリガナ

お子様のことについておたずねします。当てはまる箇所には○をし、()内にできるだけ詳しくご記入ください。

◆食物アレルギーがありますか? ない ・ ある (「ある」に○をされた場合は、
↓ 以下の質問にお答えください。)

1 食物アレルギーの原因となる食品は何ですか。(当てはまる食品に○をしてください。)
 卵、乳、小麦、そば、落花生、えび、かに
 あわび、いか、いくら、オレンジ、アーモンド、カシューナッツ、キウイフルーツ、
 牛肉、くるみ、ごま、さけ、さば、ゼラチン、大豆、鶏肉、バナナ、豚肉、まつたけ、
 もも、やまいも、りんご、その他 ()

2 どんな症状が出ますか。また今までにどんな症状が出ましたか。
 ()

3 食物アレルギーで医師の診察を受けていますか。また診察を受けたことがありますか。
 (1) 現在、定期的に診察を受けている (年1回・学期に1回・月1回・その他 ())
 (2) 以前、診察を受けたことがある (半年前・1年前・初めて症状が出た時：約__年前)
 (3) 診察を受けたことがない

※ (1) (2) に○印をつけた方におたずねします。
 医師の診断は ()
 医師の指示は ()

※ (3) に○をつけた方におたずねします。
 現在の状況は ()

4 家庭での食事はどうされていますか。
 食物アレルギーの原因となる食品が複数の場合は () に食品名を記入してください。
 (1) コンタミネーション (食品を生産する際に、原材料として使用していないにもかかわらず微量混入してしまった場合) にも気をつけている。
 ()
 (2) 食材として一切使用していない。
 ()
 (3) 献立によっては少し食べさせている。
 ()
 (4) 特別な対応はせずに、普通に食べさせている。
 ()

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 _____ 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無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	
アナフィラキシー (あり・なし) アナフィラキシー	目 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 4. その他	目 病象 1. 軽症不要 2. 重症必要 目 食物・素材を扱う授業・活動 1. 軽症不要 2. 重症必要 目 運動 (体育・部活動等) 1. 軽症不要 2. 重症必要 目 宿泊を伴う校外活動 1. 軽症不要 2. 重症必要 目 原因食物を除去する場合はより新しい除去法が必要なもの ※本欄に○がついた場合は、該当する食品を使用した料理については、除去対応が困難となる場合があります。	【緊急時連絡先】 医師名 年 月 日 医師所属名
	目 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 ()	目 原因食物・除去対象 該当する食品の書名に○を、かつ () 内に除去対象を記載 1. 調味料 () 2. 牛乳・乳製品 () 3. 小麦 () 4. ソバ () 5. ビーナッツ () 6. 卵 () 7. 木の皮類 () 8. 果物類 () 9. 魚類 () 10. 肉類 () 11. その他1 () 12. その他2 ()	※本欄に○がついた場合は、該当する食品を使用した料理については、除去対応が困難となる場合があります。 医師名 年 月 日 医師所属名
食物アレルギー (あり・なし) 食物アレルギー	目 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 ()	目 病象 (体育・部活動等) 1. 軽症不要 2. 重症必要 目 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 1. 軽症不要 2. 重症必要 目 宿泊を伴う校外活動 1. 軽症不要 2. 重症必要 目 その他の配慮・管理事項 (自由記述) ※給食対応に変更がある場合は、この欄に食品名と対応内容を記載	【緊急時連絡先】 医師名 年 月 日 医師所属名
	目 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良 目-1 薬物管理薬 (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2刺激薬配合剤 () 3. その他 () 目-2 薬物管理薬 (内服) 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 () 2. その他 () 目-3 薬物管理薬 (注射) 1. 生物学的製剤 () 目 発作時の対応 1. ベータ2刺激薬吸入 () 2. ベータ2刺激薬内服 ()	目 病象 (体育・部活動等) 1. 軽症不要 2. 重症必要 目 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 1. 軽症不要 2. 重症必要 目 宿泊を伴う校外活動 1. 軽症不要 2. 重症必要 目 その他の配慮・管理事項 (自由記述) ※給食対応に変更がある場合は、この欄に食品名と対応内容を記載	【緊急時連絡先】 医師名 年 月 日 医師所属名

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 _____ 月 _____ 日 提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

アトピー性皮膚炎 <small>(あり・なし)</small>	病型・治療 重症度のめやす（厚生労働科学研究費） 1. 軽症：同様に痒わらず、程度の改善のみ見られる。 2. 中等症：強い炎症を伴う皮膚が体表面積の10%未満に見られる。 3. 重症：強い炎症を伴う皮膚が体表面積の10%以上、30%未満に見られる。 4. 最重症：強い炎症を伴う皮膚が体表面積の30%以上に見られる。 ※軽症の発疹・腫脹の消失、中等・重症発疹の改善 ※強い炎症を伴う皮膚：紅斑、丘疹、びらん、浸潤、自癒化などを示す程度	学校生活上の留意点 図1 フール指導及び異物摂取の場外給下での活動 1. 無症不要 2. 無症必要 図2 運動時の服装 1. 無症不要 2. 無症必要 図3 発汗後 1. 無症不要 2. 無症必要 図4 その他の配慮・管理事項(自由記載)	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医師機関名 _____
	病型・治療 図-1 使用する外用薬 1. ステロイド外用薬 2. タクロリムス外用薬（アトピーピック） 3. 保湿剤 4. その他 () 図-2 使用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他 () 図-3 常用する注射薬 1. 生体学的療法	学校生活上の留意点 図1 フール指導 1. 無症不要 2. 無症必要 図2 運動時 1. 無症不要 2. 無症必要 図3 その他の配慮・管理事項(自由記載)	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医師機関名 _____
アレルギー性結膜炎 <small>(あり・なし)</small>	病型・治療 図 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 () 図 治療 1. 抗アレルギー点眼薬 2. ステロイド点眼薬 3. 免疫抑制剤点眼薬 4. その他 ()	学校生活上の留意点 図1 異物摂取 1. 無症不要 2. 無症必要 図2 運動時 1. 無症不要 2. 無症必要 図3 その他の配慮・管理事項(自由記載)	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医師機関名 _____
アレルギー性鼻炎 <small>(あり・なし)</small>	病型・治療 図 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 図 治療 1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬(内服) 2. 鼻滴薬用ステロイド等 3. 皮下免疫療法(ダニ・スギ) 4. その他 ()	学校生活上の留意点 図1 異物摂取 1. 無症不要 2. 無症必要 図2 運動時 1. 無症不要 2. 無症必要 図3 その他の配慮・管理事項(自由記載)	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医師機関名 _____

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 _____

校 園 長	教 頭・主 任	担 任	養 護 教 諭	セ ン ター 所 長	栄 養 士

食物アレルギー対応個人票

高梁市立

学校・園

氏 名			年 組		番
保護者氏名		担 任 氏 名			
面談日時	年 月 日 ()	面談出席者			
医療機関名		主治医氏名			
面談内容及び保護者からの要望事項			学校・園での対応		
既往歴(食物アレルギー以外)					
服薬					
過去の症例					
アレルギー原因物質(食品等)					
食物アレルギーの症状(家での対応等)					
アレルギー対応委員会の判定					
除去食品					
弁当等持参食品					
その他 (緊急対応等)					

学校給食における食物アレルギー対応マニュアル

施 行：平成29年1月
改 訂：令和2年1月
令和5年10月

高梁市教育委員会こども教育課

【参考文献等】

- ・「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)
- ・「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」令和元年度改訂
(日本学校保健会)