参考共通様式第４号

食物アレルギー個別取組プラン
（兼　アレルギー緊急時個別対応票）

保 護 者 記 入 日　　令和　　年　　月　　日
面談日・学校確認日　　令和　　年　　月　　日

令和６年度　　年　　組　　番				
（ふりがな） 児童生徒氏名		性　　別	□男　子　　□女　子	
		生年月日	年　　月　　日	
保護者氏名			続　　柄	
住　　所			電話番号	

緊急連絡先

連絡順位	氏　　名	続柄等	電話番号	連絡先	特記事項
1				自宅・職場・携帯	
2				自宅・職場・携帯	
3				自宅・職場・携帯	

かかりつけの医療機関

医療機関名		診　療　科	
主 治 医 名			
ID（カルテ）番号			
住　　所		電話番号	

かかりつけ以外に搬送する医療機関がある場合

医療機関名		診　療　科	
主 治 医 名			
ID（カルテ）番号			
住　　所		電話番号	

食物アレルギー・アナフィラキシーの原因食材と具体的な症状

原因食材	具体的な症状

コンタミネーションの有無※（コンタミネーション有の場合、給食の提供はできません。）

□　有　　（原因：　　）
□　無

※コンタミネーションとは、調理機器の使い回し等の極微量でも発症をする場合をいいます。

アナフィラキシー発症の有無

□　有　　（回数：　　回　・　原因：　　）
□　無

緊急時の対応

内服薬			
注射薬	エピペン 0.15mg・エピペン 0.3mg （※該当箇所に○）	内服薬・エピペンの保管場所	各自ランドセル又は 通学カバン
その他※			
練習用エピペン®トレーナーによる訓練の有無	□　有　　□　無		

※服薬方法等について記載

家庭での食事・おやつ・外食等の対応方法

学校給食における対応事項（※該当箇所に〇）

★戸田市の学校給食で使用しない食材★

そば、ピーナッツ、木の実類・種実類（カカオ、くり、ごま、木の実類・種実類由来の油を除く）、キウイ、いくら、たらこ

（1）給食センター受配校（中学校・戸田南小・喜沢小）

配付を希望する資料	アレルゲンを示した献立表 ・ 詳細献立表 ・ 食品分析表 ・ 不要	
牛乳停止	停止する ・ 停止しない	
除去食の希望	※除去食対応食材は卵・乳だけとなります。	卵 ・ 乳
そ の 他		

（2）自校調理校（戸一小・戸二小・新曽小・美谷本小・笹目小・戸田東小・笹目東小・新曽北小・美女木小・芦原小）

配付を希望する資料	詳細献立表 ・ 食品分析表 ・ 不要
牛乳停止	停止する ・ 停止しない
除去食の希望	必要 ・ 不要
除去を希望する食材 （上記★戸田市の学校給食で使用しない食材★以外を記入）	
そ の 他	

その他　学校において配慮が必要な事項

	該当箇所に〇	具体的な配慮と対応	チェック欄 ※学校記入
①給食当番	必要・不要		
②校外学習	必要・不要		
③宿泊学習	必要・不要		
④調理実習	必要・不要		
⑤クラブ活動	必要・不要		
⑥持参薬	必要・不要		
⑦その他			

その他　主治医から注意されていること　等

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、記載された内容を、学校全職員、教育委員会、学級の他の児童生徒で共有することに同意します。

保護者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

記入例

食物アレルギー個別取組プラン
（兼　アレルギー緊急時個別対応票）

保 護 者 記 入 日　＊＊ ○ 年○月○日
面談日・学校確認日　＊＊　年　月　日

＊＊○○年度　1　年　8　組　5　番				
(ふりがな) 児童生徒氏名	とだ　はなこ 戸田　花子	性　別	□男　子　☑女　子	
		生年月日	＊＊20 年　4 月　2 日	
保護者氏名	戸田　太郎		続　柄	父
住　所	戸田市新曽南4－3－45		電話番号	442-XXXX

緊急連絡先

連絡順位	氏　名	続柄等	電話番号	連絡先	特記事項
1	戸田　みなみ	母	442-XXXX	自宅・(職場)・携帯	
2	戸田　りさ	姉	090(XXX)XXXX	自宅・職場・(携帯)	
3	戸田　みさ	祖母	441-XXXX	(自宅)・職場・携帯	

かかりつけの医療機関

医療機関名	○○○小児病院	診　療　科	○○科
主 治 医 名	△△　△△		
ID（カルテ）番号	（わかる範囲で御記入ください）		
住　所	戸田市××○○	電話番号	441-XXXX

かかりつけ以外に搬送する医療機関がある場合

医療機関名	××総合病院	診　療　科	××科
主 治 医 名	○○　○○		
ID（カルテ）番号	（わかる範囲で御記入ください）		
住　所	板橋区△△××	電話番号	03-1441-XXXX

食物アレルギー・アナフィラキシーの原因食材と具体的な症状

原因食材	具体的な症状
卵	呼吸困難、じんましん
カシューナッツ	未摂取

コンタミネーションの有無※（コンタミネーション有の場合、給食の提供はできません。）

☑ 有　（原因：卵スープを作った後洗って、同じ鍋で調理したスープを飲んで発症）
□ 無

※コンタミネーションとは、調理機器の使い回し等の極微量でも発症をする場合をいいます。

アナフィラキシー発症の有無

☑ 有　（回数：　1　回　・　原因：誤って卵入りカステラを食べてしまった　）
□ 無

緊急時の対応

内服薬	○○錠		
注射薬	(エピペン 0.15mg)・エピペン 0.3mg （※該当箇所に○）	内服薬・エピペンの保管場所	各自ランドセル又は通学カバン
その他※			
練習用エピペン®トレーナーによる訓練の有無	☑ 有　□ 無		

※服薬方法等について記載

家庭での食事・おやつ・外食等の対応方法

自宅では卵を使いません。外食では、お店に確認して食べています。

学校給食における対応事項（※該当箇所に〇）

★戸田市の学校給食で使用しない食材★

そば、ピーナッツ、木の実類・種実類（カカオ、くり、ごま、木の実類・種実類由来の油を除く）、キウイ、いくら、たらこ

（1）給食センター受配校（中学校・戸田南小・喜沢小）

配付を希望する資料	アレルゲンを示した献立表 ・ 詳細献立表 ・ 食品分析表 ・ 不要	
牛乳停止	停止する ・ 停止しない	
除去食の希望	※除去食対応食材は卵・乳だけとなります。	卵 ・ 乳
そ の 他		

（2）自校調理校（戸一小・戸二小・新曽小・美谷本小・笹目小・戸田東小・笹目東小・新曽北小・美女木小・芦原小）

配付を希望する資料	詳細献立表 ・ 食品分析表 ・ 不要
牛乳停止	停止する ・ 停止しない
除去食の希望	必要 ・ 不要
除去を希望する食材 （上記★戸田市の学校給食で使用しない食材★以外を記入）	卵
そ の 他	

その他　学校において配慮が必要な事項

	該当箇所に〇	具体的な配慮と対応	チェック欄 ※学校記入
①給食当番	必要・不要	卵入りメニューの時は、当番を外して下さい。	
②校外学習	必要・不要	本人にも教えますが、お弁当のおかず交換をしないよう注意をお願いします。	
③宿泊学習	必要・不要		
④調理実習	必要・不要		
⑤クラブ活動	必要・不要		
⑥持参薬	必要・不要	食前に〇〇錠をのみます。	
⑦その他			

その他　主治医から注意されていること　等

卵は食べさせない、触れさせないようにして下さい。

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、記載された内容を、学校全職員、教育委員会、学級の他の児童生徒で共有することに同意します。

保護者署名＿＿戸田　太郎＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Individual Food Allergy Initiative
(Also Individual Report for Allergy Emergencies)

The date of entry of the guardian: / /
Interview and school confirmation date: / /

Year :	Current Year grade:		Class:	No.
(furigana) Name of the student		sex	male / female	
		Date of birth	Date	
Name of guardian			Relationship	
Address			Phone number	

Emergency contact

Communication order	Name	Relationship, etc.	Phone number	Contacts	Remarks
1				Home, Work, Mobile	
2				Home, Work, Mobile	
3				Home, Work, Mobile	

Family medical institution

Medical Institution Name		Medical Dept.	
Family Doctor			
ID (Chart) number			
Address		Phone number	

Another medical institution involved other than one's family doctor

Medical Institution Name		Medical Dept.	
Primary physician			
ID (Chart) number			
Address		Phone number	

Causes of food allergy/anaphylaxis. Food and specific symptoms

causative ingredient	specific symptom

Is contamination an issue? ※ (If contamination affects the child, the school cannot provide lunch)

- Yes

(Cause:)

- No

※Contamination refers to cases where symptoms may occur even from microscopic particles of the food allergen, such as from the use of cooking equipment.

Presence or absence of anaphylaxis

- Yes (frequency: xxxx times, cause:)
- No

Emergency medication

Oral medicine	

Injectable drug	Epipen 0.15mg 0.3mg (※where appropriate please circle ○)	Storage place for oral medicine and epipen	school backpack or satchel
Other※			
Is there training for using the TRAING EPIPEN® by trainers?	Yes / No		

※ Description of the method of taking

Describe your way of dealing with meals, snacks and food at home

School Lunch Requirements (※Please circle where appropriate)

Documents to be distributed	Table of menus showing allergens, Detailed table of menus, Table of food analysis, No need	
Milk suspension	Stop / No stop	
Wish to remove food	Required / Not required	
Foodstuff to remove (Please fill in only if you there is an ingredient to remove.) Soba,peanuts,tree nuts and seeds (except cacao, chestnuts, sesame, and oils derived from tree nuts and seeds), kiwi, and salmon caviar are not used in school lunches.	School Lunch Center※ (Junior High School, Elementary schools:Toda-daiichi,Toda-minami, Kizawa) The school cannot cater to your needs if you have allergies except for these (eggs, milk).	Egg / Milk
	Self-catering school (Other than the School Lunch Center)	
Other		

Other matters requiring consideration at school

	Circle where appropriate	Specific considerations and management	check ※ School entry only
(1)Being on school lunch duty	Required, Not required		
(2)Extracurricular learning	Required, Not required		
(3)Overnight excursion	Required, Not required		
(4)Cooking practice	Required, Not required		
(5)Club activities	Required, Not required		
(6)Carrying own medicine	Required, Not required		
(7) Other			

Other Matters of Attention from Your Doctor

I agree to share the content described in this document with all school staff, Board of Education, and other students of the class in order to use it for daily activities and emergency responses in the school.

Parent Signature_____

食物过敏个别应对方案
（兼 过敏紧急处理 • 个别对应表）

家 长 记 录 日　　年　　月　　日
面谈日/学校确认日　　年　　月　　日

年度　　年　　班　　学号				
（平假名） 儿童/学生姓名		性 别	□男　　□女	
		出生年月日	年　月　　日	
家长姓名			称 谓	
家庭住址			电话号码	

紧急联系人

联系人顺序	姓 名	称谓等	电话号码	联系方式	特记
1				座机・单位・手机	
2				座机・单位・手机	
3				座机・单位・手机	

常去的医疗机构

医疗机构名称		诊疗科	
主治医姓名			
ID（病历）号码			
地 址		电话号码	

除常去的医疗机构以外的其它医疗机构

医疗机构名称		诊疗科	
主治医姓名			
ID（病历）号码			
地址		电话号码	

引起食物过敏•过敏性休克的过敏原和具体症状

过 敏 原	具体症状

因微量过敏原混入而诱发过敏症 ※（有该症状时，不提供配餐。）

□ 有　（原因:　　）
□ 无

※混入感染是指烹饪器具在循环使用时，即使附带微量过敏原也会引起症状。

有无过敏性休克

□ 有　（次数：　　次　・　原因：　　）
□ 无

紧急时的应对

口服药			
注射药	肾上腺素笔 0.15mg・肾上腺素笔 0.3mg （※在符合的选项上画○）	口服药・肾上腺素笔的保管场所	本人书包或上学用挎包内
其它※			
是否接受过练习用肾上腺素笔@训练师的训练		□ 有　　□ 无	

※有关服药方法的记载

家庭内三餐・加餐・外出就餐时的对应方法

学校配餐对应事项（※选项画〇）

希望配发的资料	标注过敏原的食谱 ・ 详细食谱 ・ 食品成分分析表・ 不要	
停发牛奶	停发・ 不停发	
希望配餐中去除过敏原	需要 ・ 不需要	
去除食材（有需要去除的食材，请填写） 学校午餐中不使用荞麦面、落花生、树坚果和种子（可可、栗子、芝麻和从树坚果和种子提取的油除外）、猕猴桃、鲑鱼籽。	利用配餐中心的学校※ （中学·户田第一小・户田南小•喜泽小） ※除对应食材（鸡蛋·乳制品）以外，再有引起食物过敏的情况，校方则无法做出处理。	鸡蛋·乳制品
	本校食堂配餐 （除利用配餐中心以外的学校）	
其 它		

其它　需要校方给与关照的方面

	在符合的选项上画〇	具体的安排与对应	核对栏 ※学校记录
① 配餐值日	需要・不需要		
② 校外学习	需要・不需要		
③ 研学旅行	需要・不需要		
④ 烹饪训练	需要・不需要		
⑤ 俱乐部活动	需要・不需要		
⑥ 常备药	需要・不要		
⑦ 其它			

其它　主治医提醒事宜 等

该表格用于学校日常安排与紧急时的应对，同意将记载内容与学校全体职员、教委、班级其他同学共享。

家长署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿