

学校給食について

- 1 給食は学校給食法に基づいて実施されています。

第一条（この法律の目的）

この法律は、学校給食が児童及び生徒の心身の健全な発達に資するものであり、かつ、児童及び生徒の食に関する正しい理解と適切な判断力を養う上で重要な役割を果たすものであることにかんがみ、学校給食及び学校給食を活用した食に関する指導の実施に関し必要な事項を定め、もって学校給食の普及充実及び学校における食育の推進を図ることを目的とする。

第二条（学校給食の目標）

学校給食を実施するに当たっては、義務教育諸学校における教育の目的を実現するために、次に掲げる目標が達成されるよう努めなければならない。

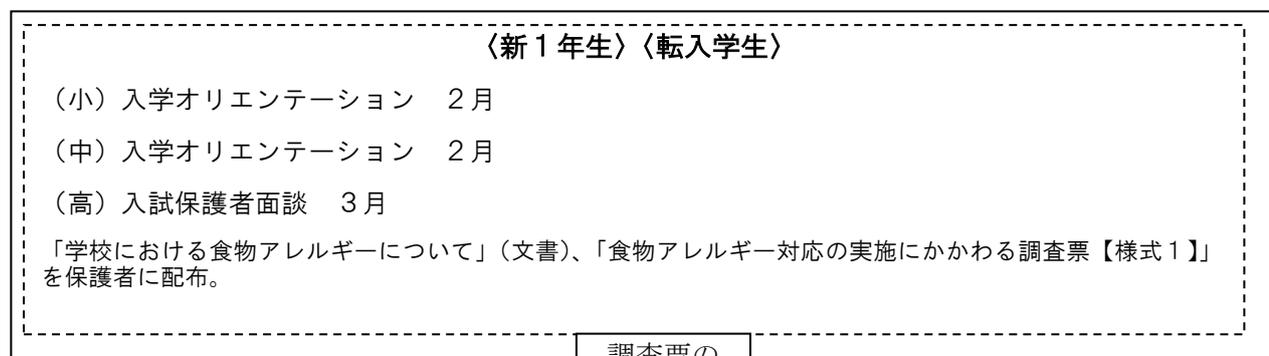
- 一 適切な栄養の摂取による健康の保持増進を図ること。
- 二 日常生活における食事について正しい理解を深め、健全な食生活を営むことができる判断力を培い、及び望ましい食習慣を養うこと。
- 三 学校生活を豊かにし、明るい社交性及び協同の精神を養うこと。
- 四 食生活が自然の恩恵の上に成り立つものであることについての理解を深め、生命及び自然を尊重する精神並びに環境の保全に寄与する態度を養うこと。
- 五 食生活が食にかかわる人々の様々な活動に支えられていることについての理解を深め、勤労を重んずる態度を養うこと。
- 六 我が国や各地域の優れた伝統的な食文化についての理解を深めること。
- 七 食料の生産、流通及び消費について、正しい理解に導くこと。

1. 食物アレルギーのある児童生徒への対応

沖縄県立那覇みらい支援学校

1. 食物アレルギーのある児童生徒の把握から実施まで

(1) 食物アレルギーがあり、学校での対応を希望する児童生徒の把握（申請の確認） 2～3月



調査票の結果より

食物アレルギーあり→(2)へ

食物アレルギーなし

(2) 新入生等) 栄養教諭等との面談、関係書類等の説明・配布 2～3月(保健面談時に栄養面談を実施) 在校生) 学校における食物アレルギー対応を希望する児童生徒の保護者へ関係書類を配布 2月

- ①食物アレルギー対応給食申請書【様式2-1(新規用)、または様式2-2(継続用)】…保護者記入
 - ②食物アレルギーの経過報告書【様式3】…保護者記入
 - ③学校生活管理指導表(食物アレルギー用)…医師記入
- ※「学校生活管理指導表(食物アレルギー用)」等に関するお願い(文書)

対応にはこの3点セットの提出が必要となります。

〈在校生で新規または内容変更の場合〉：担任が面談の日程を年度内で調整

(3) 保護者面談：保護者は申請書等をそろえ、給食等の開始までに面談を実施する。2～4月

③の管理指導表は医師の記入になるので、面談日までに提出が間に合わない場合は、新年度給食開始日までに提出を依頼。

面談出席者：担任・栄養教諭等・養護教諭(面談記録票【様式4】を使用)

〈在校生〉3学期の保護者面談日に実施

〈新1年生〉〈転入学生〉

入学後、新担任が面談の日程を調整、原則入学から給食等の開始までに面談実施

※ 新入生オリエンテーション時または入学式までに申請書類を提出

※ ただし、高等部二次募集における生徒は4月第2週目までに申請書類を提出

(4) 面談調書の作成 3月～4月中旬

面談の結果を受けて、面談調書、その他の資料を作成する。 栄養教諭等・養護教諭

(5) 食物アレルギー対応委員会の開催 (4月中旬)

- 「食物アレルギー対応委員会」を開催し、対応方法の検討・決定をする。
- 保護者へ実施決定通知【様式5】

〈対応委員会メンバー〉

校長・担当教頭・事務長・学校医・教務・各部主事・健康教育主任・担任・栄養教諭等・養護教諭(調理主任)

(6) 給食等の対応開始 4～5月

(7) 評価・見直し：中間報告(2学期中)

令和 年度 食物アレルギー等実態調査票

(進級後 小・中・高 年) 氏名 (_____)
各質問について、該当する項目に○を記入してください。

必ず記入 1. 薬との関連で食べさせていない食品がありますか

ある → (_____) ・ ない

必ず記入 2. 現在、食物アレルギーがありますか

- () ある ⇒ 「ある」に記入された場合、3～10の質問にお答えください。
() 過去にあったが現在は無い ⇒ **調査終了**です
() ない ⇒ **調査終了**です

3. 食物アレルギーの原因となる食品名は何ですか

(_____)

4. 今までどのような症状が出ましたか (当てはまる項目全てに○をしてください。)

- () ①じんましん、かゆみなどの皮膚症状
() ②口唇、まぶたの腫れ、口や喉のかゆみ、違和感などの粘膜症状
() ③腹痛や嘔吐、下痢などの消化器症状
() ④鼻みず、鼻づまり、咳、喘鳴などの呼吸器症状
() ⑤元気がなく、横になりたがるなどの全身症状
() ⑥アナフィラキシーショック※ ⇒ 原因食品 (_____)
() ⑦その他 (_____)

5. アレルギー症状を起こす食物に対して、自宅でもどのように対応していますか。

- () 全く食べさせていない
() 量がわずか (またはわずかに入っていると思われる加工品等) なら食べさせている
() 自由に食べさせている
() 料理に含まれていても、原因食材を取り除けば食べることができる
() その他 (_____)

6. 食物アレルギーに関して、医療機関を受診していますか

- () 定期的に受診している (1年以内に受診している)
() 以前受診していたが、今は受診していない ⇒ 最後の受診 [_____] 歳頃
() 病院で検査・診断を受けたことはない

7. アレルギーに関して処方されている薬はありますか

- () エピペン () 抗ヒスタミン薬 () その他 [_____]
() 特になし

8. 本校の学校給食で、食物アレルギー対応給食を希望しますか

- 【日本そば・半熟卵・生卵 (マヨネーズを除く)・グレープフルーツは献立に使われません】
() 希望する
() 希望しない

9. 食物アレルギーの原因食品について、教材や校外学習、寄宿舎での活動などでの配慮を希望しますか

- () 希望する→別紙アレルギーに関する申請書があります
() 希望しない

10. 食物アレルギーに関する事で、学校に知っておいてほしいことがありましたら、お書き下さい。

(_____)

～調査終了です。ご協力ありがとうございました。～

※提出期限： 月 日 () 提出先：担任→各学部給食担当

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。

3-5-1

| 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) | Ⅰ 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 | Ⅰ 給食 1. 管理不要 2. 管理必要 | ★保護者 電話： ★連絡医療機関 医療機関名： 電話： | |
| | Ⅱ 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（ ） | Ⅱ 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅲ 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅳ 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 | | |
| | Ⅲ 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 《 》（ ） 7. 木の実類 《 》（ ） 8. 果物類 《 》（ ） 9. 魚類 《 》（ ） 10. 肉類 《 》（ ） 11. その他1 《 》（ ） 12. その他2 《 》（ ） | Ⅳ その他の配慮・管理事項(自由記述) 医療機関名 | | |
| | Ⅳ 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（ ） | 記載日 _____ 年 月 日 医師名 _____ | | |
| | 【除去根拠】 該当するものを《 》内に記載 ① 明らかな症状の既往 ② 食物経口負荷試験陽性 ③ IgE抗体等検査結果陽性 ④ 未摂取 () に具体的な食品名を記載 | 医師名 _____ | | |
| | ① 明らかな症状の既往 ② 食物経口負荷試験陽性 ③ IgE抗体等検査結果陽性 ④ 未摂取 () に具体的な食品名を記載 | 医師名 _____ | | |
| 病型・治療 | | 学校生活上の留意点 | | 【緊急時連絡先】 |
| 気管支ぜん息 (あり・なし) | Ⅰ 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良 | Ⅰ 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要 | ★保護者 電話： ★連絡医療機関 医療機関名： 電話： | |
| | Ⅱ-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 () () | Ⅱ 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 Ⅲ 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅳ その他の配慮・管理事項(自由記述) 医療機関名 | | |
| | Ⅱ-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 () | 記載日 _____ 年 月 日 医師名 _____ | | |
| | Ⅱ-3 長期管理薬（注射） 1. 生物学的製剤 () | 医師名 _____ | | |
| | Ⅲ 発作時の対応 1. ベータ刺激薬吸入 () () 2. ベータ刺激薬内服 () () | 医師名 _____ | | |
| | 1. ベータ刺激薬吸入 () () 2. ベータ刺激薬内服 () () | 医師名 _____ | | |

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 <small>(あり・なし)</small> | A 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 | | A 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 |
| | B-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 () | | B-2 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他 () | | 医師名 _____ ⑤ |
| | B-3 常用する注射薬 1. 生物学的製剤 | | C 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要 | | 医療機関名 _____ |
| | | D その他の配慮・管理事項(自由記述) | | | |
| アレルギー性結膜炎 <small>(あり・なし)</small> | 病型・治療 | | 学校生活上の留意点 | | 記載日 |
| | 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. アトピー性角結膜炎 5. その他 () | | A プール指導 1. 管理不要 2. 管理必要 | | 年 月 日 |
| | 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 () | | B 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 | | 医師名 _____ ⑤ |
| | | C 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 <small>(あり・なし)</small> | 病型・治療 | | 学校生活上の留意点 | | 記載日 |
| | 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 | | A 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 | | 年 月 日 |
| | 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. 舌下免疫療法（ダニ・スギ） 4. その他 () | | B その他の配慮・管理事項（自由記載） | | 医師名 _____ ⑤ |
| | | | | 医療機関名 _____ | |

3-5-2

（公財）日本学校保健会作成

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 _____