

豊川市学校給食卵除去食実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、食物アレルギー性疾患を有する児童又は生徒に対して等しく学校給食を提供するため、学校給食卵除去食提供事業（以下「事業」という。）の実施について必要な事項を定めることを目的とする。

(対象児童又は生徒)

第2条 事業の対象となる児童又は生徒は、食物アレルギー性疾患を有する児童又は生徒で、食物アレルギーの原因となる食品のうち、卵を除去しなければ学校給食を食べることができない者とする。

(卵除去食)

第3条 卵除去食の提供は、学校給食のうち副食について実施するものとする。

2 卵除去食は、原則として、学校給食の副食から調理用卵（鶏卵、液卵、うずら卵）を除去したものである。

(希望調査)

第4条 教育委員会は、卵アレルギー性疾患を有する児童又は生徒の保護者で、卵除去食の提供を希望する者に対し、豊川市学校給食卵除去食希望調査表（様式第1号。以下「調査表」という。）を配付し、卵除去食の提供に必要な児童及び生徒の状況を調査する。

2 教育委員会は、前項の調査表を提出した保護者に対し、卵除去食の提供について必要な説明を行うものとする。

(申請手続)

第5条 前条第2項の説明を受けた保護者が卵除去食の提供を受けようとするときは、豊川市学校給食卵除去食提供申請書（様式第2号。以下「申請書」という。）及び医師の診断による豊川市学校給食卵除去食意見書（様式第3号。以下「意見書」という。）を教育委員会に提出しなければならない。

(決定の通知)

第6条 教育委員会は、申請書及び意見書を受理したときは、卵除去食の提供の必要性等を考慮し、提供の可否について審査する。

2 教育委員会は前項の審査において卵除去食を提供することを決定したときは、その旨を豊川市学校給食卵除去食提供決定通知書（様式第4号。以下「提供決定通知書」という。）により前条の規定により前条の規定により申請手続きをした保護者（以下「申請保護者」という。）に通知するものとする。

3 教育委員会は、第1項の規定にある審査において、卵除去食を提供しないことを決定したときは、その旨を豊川市学校給食卵除去食対象外通知書（様式第5号）により申請保護者に通知するものとする。

(献立表の送付及び承諾書の提出)

第7条 教育委員会は、前条第2項の規定により通知した保護者（以下「提供決定保護者」という。）に対し、卵除去食を提供する月（以下「提供月」という。）の前月18日までに、提供月の予定献立表及び豊川市学校給食卵除去食承諾書（様式第6号。以下「承諾書」という。）を送付するものとする。

- 2 教育委員会は、提供月の中で食材料等の理由から卵除去食の提供が困難な日がある場合については、提供決定保護者に対し、当該日を弁当の持参日として指定できる。
- 3 第1項の予定献立表の送付を受けた提供決定保護者は、その内容を確認し、提供月の前月25日までに承諾書を教育委員会に提出しなければならない。

(卵除去食の継続)

第8条 前年度から継続して卵除去食の提供を受けようとするときは、豊川市学校給食卵除去食意見書(継続)(様式第7号。以下「意見書(継続)」という。)を教育委員会へ提出しなければならない。

(継続決定の通知)

第9条 教育委員会は、意見書(継続)を受理したときは、卵除去食の提供の必要性等を考慮して、提供継続の可否について審査する。

- 2 教育委員会は、前項の審査において卵除去食の提供を継続することを決定したときは、その旨を豊川市学校給食卵除去食継続決定通知書(様式第8号)により卵除去食の提供の継続を希望する保護者(以下「継続希望保護者」という。)に通知するものとする。
- 3 教育委員会は、第1項の審査において卵除去食の提供を継続しないことを決定したときは、その旨を豊川市学校給食卵除去食継続対象外通知書(様式第9号)により継続希望保護者に通知するものとする。

(卵除去食の中止)

第10条 卵除去食の提供の中止を希望する提供決定保護者は、豊川市学校給食卵除去食中止願(様式第10号)を教育委員会に提出しなければならない。

(委任)

第11条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、教育委員会が別に定める。

附 則

この要綱は、平成25年12月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成29年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年8月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年10月1日から施行する。

豊川市学校給食卵除去食希望調査表

年 月 日

豊川市教育委員会 行

保護者氏名

㊞

ふりがな お子様の氏名		性別	男・女	生年 月日	年 月 日 (歳)
住所					電話
学校名等	豊川市立 学校 年 組				
緊急 時連 絡先	保護者名				電話
	勤務先				
かかりつけの病院又は 主治医名					電話

※ 次の1～4の質問事項からは該当するものを○で囲むか必要事項を記入してください。

1 卵アレルギーの状況

① 具体的な食品名 (加工品等)	
② アレルギー症状 (複数回答可)	ア アナフィラキシーショック イ じんましん ウ じんましん以外の皮膚症状 エ 呼吸困難 オ 嘔吐・腹痛 カ 下痢 キ その他 ()
③ 食べてから症状が出るまでの時間	ア 1時間以内 イ 1～4時間 ウ 4時間以上 エ 体調によりでる オ その他

2 卵アレルギー症状の出方

- ア 少しぐらいなら食べても大丈夫
- イ 調理器具を分けないとアレルギー症状が出る。
- ウ その他（具体的にご家庭での対応方法）

（ ）

3 現在の学校給食（新入学児童は保育園・幼稚園等）の状況（複数回答可）

- ア 卵アレルギーはあるが、学校給食は全部食べられる理由（ ）
- イ 卵を取り除いて食べている（食べ残しを含む）
- ウ 卵が入った献立は食べていない
- エ 食べられない献立の時は代替品を家から持参している
- オ 弁当を持参している
- カ その他（具体的な対応方法）

（ ）

4 学校給食で卵除去食の提供を希望しますか。

希望する	希望しない
------	-------

連絡先

豊川市教育委員会 学校給食課
（豊川市学校給食センター内）

住 所： 豊川市穂ノ原3丁目2番地の9

電 話： （0533）86 - 7601
86 - 7622

FAX： （0533）84 - 4547

豊川市学校給食卵除去食提供申請書

年 月 日

豊川市教育委員会 行

豊川市立

学 校

保護者氏名

印

下記のとおり豊川市学校給食卵除去食の提供を申請します。

記

ふりがな 児童生徒氏名			性別	男 ・ 女	
学年・組		年 組	生年 月日	年 月 日 (歳)	
住所	豊川市			電話	
緊急 時連 絡先	保護 者名			電話	
	勤務先				
かかりつけの病院 又は主治医名				電話	

豊川市学校給食卵除去食意見書

住所 _____

氏名 _____

年 月 日生 歳

1 病名

2 アレルゲン（卵）摂取後のアナフィラキシーの既往について

無 最後の出現 年 月頃 （ 歳）
有

3 卵アレルギー対象食品リスト（この設問は保護者が記入してください。）

※学校給食では加熱した卵のみ使用します。（生卵は使用しません。）

食 品 リ ス ト	○ ×
生卵、生の卵白が含まれる食品 （一部のシャーベット、一部のホイップクリームなど）	
生の卵黄が含まれる食品 （アイスクリーム、マヨネーズ、カスタードクリームなど）	
加熱した卵料理 （ゆで卵、卵焼き、オムレツ、目玉焼きなど）	
加熱した卵白が相当量含まれる食品 （プリン、茶碗蒸し、卵とじ、玉子スープなど）	
加熱した卵が含まれる食品（ケーキ、カステラ、クッキー、菓子パン ドーナッツ、天ぷら・フライの衣など）	
つなぎに卵が含まれる食品 （かまぼこ、ちくわ、ハム、ソーセージ、中華麺など）	
全卵を極めて微量に含む食品 （一部の食パン、天ぷら粉、麺類のつなぎ）	

○ 症状が出現せず食べられる × アレルギー症状が出現する

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、本意見書に記載された内容を教職員全員で共有することに同意します。

保護者署名 _____ 印

4 卵除去食の提供の必要 (以下は医師にご記入をお願いします)

有 ・ 無

(学校給食では生卵の提供を行っていません。またマヨネーズドレッシングにも卵を使用していません。)

5 食物経口負荷試験実施の有無

有 実施日 (年 月 日 内容)
無 (理由)

6 主治医の意見欄

血液検査結果や経口負荷試験等に基づき、卵除去の必要性についての総合的なご意見を記載してください。

豊川市の学校給食において提供する卵除去食は、調理の過程で鶏卵、うずら卵を加える前に専用のなべに移し替え、専用ブースで味付けをして専用の容器に入れ対象者まで届けます。食材を煮るまでのなべや、児童生徒が教室で食する際に使用する食器は専用のものではないことを申し添えます。

年 月 日

病院、医院名

主治医名

緊急時の問い合わせ TEL




様式第4号

豊川市学校給食卵除去食提供決定通知書

年 月 日

様

豊川市教育委員会 

年 月 日付で申請のあった豊川市学校給食卵除去食の提供について、次のとおり決定したので通知します。

対 象 児 童 又 は 生 徒	学校名	豊川市立	学校	年	組
	氏 名				
実 施 開 始 月	年 月 月から				

審査会の意見

豊川市学校給食卵除去食対象外通知書

年 月 日

様

豊川市教育委員会 印

年 月 日付けで申請のあった豊川市学校給食卵除去食の提供について、下記の理由により対象外となりましたので通知します。

対 象 児 童 又 は 生 徒	学校名	豊川市立	学校	年	組
	氏 名				

対象外とした理由（審査会の意見）

豊川市学校給食卵除去食意見書（継続）

住所 _____

氏名 _____

年 月 日生 歳

1 病名

2 アレルゲン（卵）摂取後のアナフィラキシーの既往について

無
有 最後の出現 年 月頃 （ 歳）

3 卵アレルギー対象食品リスト（この設問は保護者が記入してください。）

※学校給食では加熱した卵のみ使用します。（生卵は使用しません。）

食品リスト	○ ×
生卵、生の卵白が含まれる食品 （一部のシャーベット、一部のホイップクリームなど）	
生の卵黄が含まれる食品 （アイスクリーム、マヨネーズ、カスタードクリームなど）	
加熱した卵料理 （ゆで卵、卵焼き、オムレツ、目玉焼きなど）	
加熱した卵白が相当量含まれる食品 （プリン、茶碗蒸し、卵とじ、玉子スープなど）	
加熱した卵が含まれる食品（ケーキ、カステラ、クッキー、菓子パン ドーナッツ、天ぷら・フライの衣など）	
つなぎに卵が含まれる食品 （かまぼこ、ちくわ、ハム、ソーセージ、中華麺など）	
全卵を極めて微量に含む食品 （一部の食パン、天ぷら粉、麺類のつなぎ）	

○ 症状が出現せず食べられる × アレルギー症状が出現する

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、本意見書に記載された内容を教職員全員で共有することに同意します。

保護者署名 _____ (印)

4 卵除去食の提供の必要 (以下は医師にご記入をお願いします)

有 ・ 無

(学校給食では生卵の提供を行っていません。またマヨネーズドレッシングにも卵を使用していません。)

5 食物経口負荷試験実施の有無

有 実施日 (年 月 日 内容)
無 (理由)

6 主治医の意見欄

血液検査結果や経口負荷試験等に基づき、卵除去の必要性についての総合的なご意見を記載してください。

豊川市の学校給食において提供する卵除去食は、調理の過程で鶏卵、うずら卵を加える前に専用のなべに移し替え、専用ブースで味付けをして専用の容器に入れ対象者まで届けます。食材を煮るまでのなべや、児童生徒が教室で食する際に使用する食器は専用のものではないことを申し添えます。

年 月 日

病院、医院名

主治医名

緊急時の問い合わせ TEL



豊川市学校給食卵除去食継続決定通知書

年 月 日

様

豊川市教育委員会 印

年度の豊川市学校給食卵除去食の提供について、次のとおり決定したので通知します。

対 象 児 童 又 は 生 徒	学校名	豊川市立	学校	年	組
	氏 名				
継続期間	年 月まで				

審査会からの意見

豊川市学校給食卵除去食継続対象外通知書

年 月 日

様

豊川市教育委員会 印

年度の豊川市学校給食卵除去食の提供について、下記の理由で対象外となりましたので通知します。

対象児童 又は生徒	学校名	豊川市立	学校	年	組
	氏名				
継続中止	年 月から				

対象外とした理由（審査会の意見）

豊川市学校給食卵除去食中止願

年 月 日

豊川市教育委員会 行

学 校 名 豊川市立 学校

年 組

保 護 者 氏 名 ⑩

児 童 生 徒 氏 名

下記のとおり豊川市学校給食卵除去食の提供を中止してください。

記

1 中止年月日 年 月 日から

2 中止の理由 (ア～エのいずれかに○を記入して下さい)

ア 主治医の診断により卵除去食の必要性がなくなったため

イ 他のアレルギーの関与等により事業の提供を受けることが困難となったため
(※ 保護者が代替食を用意します。)

ウ 転校など市外への異動のため

エ その他 ()