

1 熊本市の学校給食について

① 給食献立の概要

一食単価=243円（令和7年1月現在）

*給食費は全て食材費として使用

◆主菜・副菜
（1～2品）

◆牛乳（熊本県産）
200cc紙パック

◆主食
ごはん：週3回（うち麦飯2回）
パン：週2回

◆おかず
主菜・副菜・汁物を意識し、「食事摂取基準」に沿った栄養バランスのとれた食事の提供。地産地消をすすめています。

1年生のごはん分量
（130g～150g）

汁物・煮物
麺類など

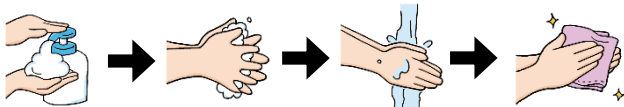
◎栄養価を満たすことに加え、学校給食はさまざまな食材を扱うことで食べ物の旬や産地を学ぶことができ、味覚の発達を促す等、子ども達の新たな食への発見にもつながっています。

② ご家庭で心がけてほしいこと

給食は、準備から片付けまで子どもたちが自分で行います。楽しい給食時間となるよう、入学前にご家庭で練習しておく、子どもたちも安心してスタートできます。

① 手をしっかり洗う

- 手洗いは必ず、ハンカチで水気をふきとります。（ハンカチは毎日清潔なものとの交換）



- 爪も短く切っておきます。

② みんなで準備する

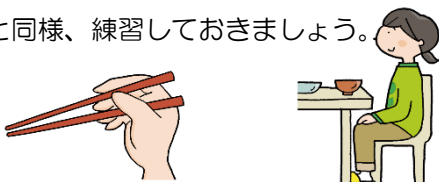
- 当番は給食エプロン、ぼうし、マスクをつけて配膳をします。



- 日頃から衣服の着替えやボタンのとめ方、たたみ方、料理の盛り付けなどを練習しておきましょう。

③ マナーを守って楽しく食べる

- 食べる姿勢と消化は深く関係しています。自分の健康を守るためにも、日頃から正しい姿勢で食べるように心がけましょう。
- はしの正しい持ち方もえんぴつの持ち方と同様、練習しておきましょう。



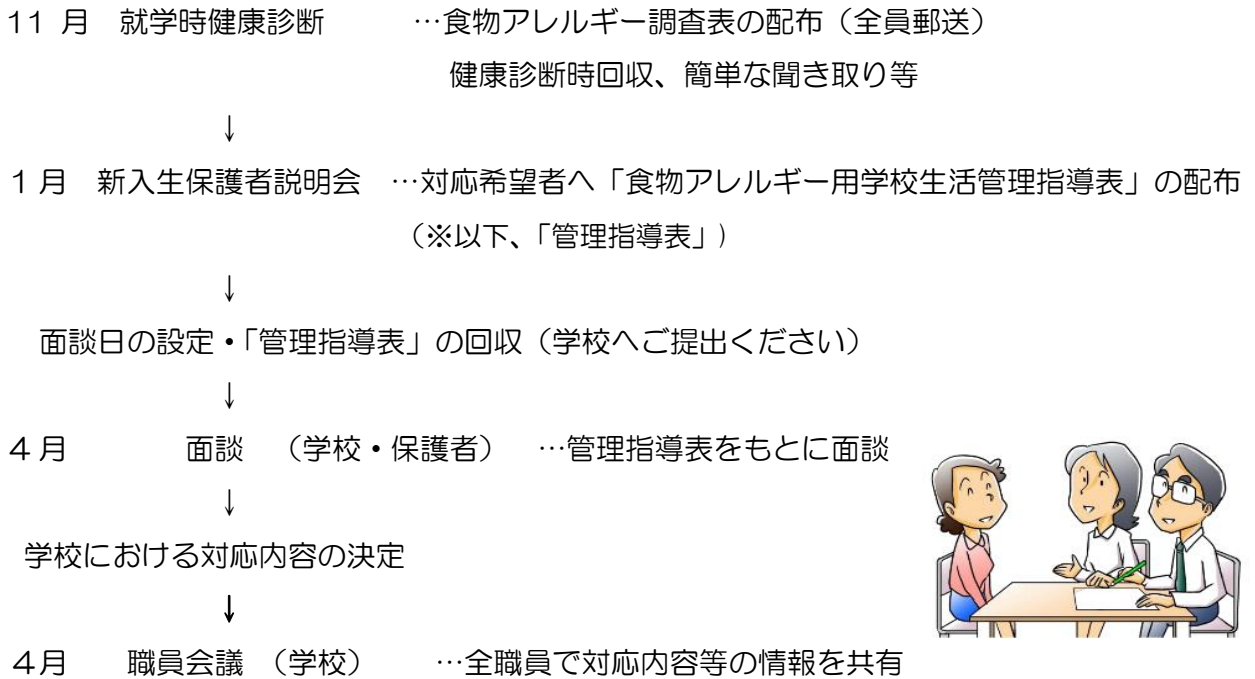
④ 感謝の気持ちを持つ

- 給食はたくさんの方が関わって出来ています。感謝の気持ちを込めて、「いただきます」や「ごちそうさまでした」のあいさつをしましょう。



2 食物アレルギーについて

① 入学までの食物アレルギー対応の流れ



② 学校生活管理指導表について

食物アレルギーの診断書に代わる書類になります。管理指導表をもとに面談を行い、対応を決定しますので、医療機関を受診していただき毎年提出をお願いします。

学校生活管理指導表

アレルギーの完全除去が基本です。
多段階対応、自己除去は行いません。

アレルギー
の確認

学校生活管理指導表(食物アレルギー用)令和2年度改訂版		提出日 令和 年 月 日	
氏名 男・女 平成 年 月 日生 ()歳		学校 年 組	
※この生活管理指導表は、学校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。			
病型・治療 A. 食物アレルギー病型 該当型の口欄にノを記載(食物アレルギーありの場合のみ記載) <input type="checkbox"/> 即時型 <input type="checkbox"/> 口腔アレルギー症候群 <input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー B. 原因食物・診断根拠 該当する食品の口欄にノをし、かつ診断根拠の番号欄に○を記載 <small>長期休業時には2食物負荷試験についてもご検討ください。</small> 原因食物および診断根拠 ① ② ③ ④ <input type="checkbox"/> 鶏卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> ソバ <input type="checkbox"/> ビーナッツ <input type="checkbox"/> 甲殻類 <input type="checkbox"/> 種実類・木の实類 <input type="checkbox"/> 果物類 <input type="checkbox"/> 魚類 <input type="checkbox"/> 肉類 <input type="checkbox"/> その他1() <input type="checkbox"/> その他2() <small>①明らかな症状の既往 ②食物経口負荷試験陽性 ③IgE抗体等検査結果陽性 ④未摂取</small> <small>⇒(具体的食品名)</small>		学校生活上の留意点 A. 給食 <input type="checkbox"/> 管理不要(付食) <input type="checkbox"/> 管理必要 B. 食物・食材を扱う授業・活動 <input type="checkbox"/> 配慮不要 <input type="checkbox"/> 管理必要 C. アナフィラキシー病型 該当型の口欄にノを記載(アナフィラキシー既往ありの場合のみ記載) <input type="checkbox"/> 食物(原因) <input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー <input type="checkbox"/> 運動誘発アナフィラキシー <input type="checkbox"/> 昆虫 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他() D. 緊急時に備えた処方薬 <input type="checkbox"/> 内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) <input type="checkbox"/> アドレナリン自己注射薬(エピペン®) <input type="checkbox"/> その他()	
アレルギーの確認 アナフィラキシー既往あり・なし		学校生活上の留意点 D. 運動(体育・部活動等) <input type="checkbox"/> 管理不要 <input type="checkbox"/> 管理必要 E. 原因食物を除去する場合、より厳しい除去が必要なもの <small>※本欄にチェックノがついた場合、該当する食品を使用した料理について給食での対応が困難となる場合があります。</small> <input type="checkbox"/> 鶏卵: 卵殻カルシウム <input type="checkbox"/> 牛乳: 乳糖・乳清焼成カルシウム <input type="checkbox"/> 小麦: 醤油・酢・みそ <input type="checkbox"/> 大豆: 大豆油・醤油・みそ <input type="checkbox"/> ゴマ: ゴマ油 <input type="checkbox"/> 魚類: かつおだし・いりこだし・魚醤 <input type="checkbox"/> 肉類: エキス F. その他配慮・管理事項(自由記述)	
緊急時に備えた処方薬 <input type="checkbox"/> 内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) <input type="checkbox"/> アドレナリン自己注射薬(エピペン®) <input type="checkbox"/> その他()		【緊急連絡先】 <<保護者>> 電話: <<緊急時搬送医療機関>> 医療機関名: 電話: 記載日 年 月 日 医師名	
●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、本表に記載された内容を学校の全職員及び関係 機関等で共有することに同意します。 保護者氏名			