食物アレルギーに対する保護者面談記録表

様式７

面談日　　　　　　年　　　月　　　日

１　児童・生徒

第　　小・中学校　　　　年　　　組

児童生徒氏名　　　　　　　　　　　　　　　（生年月日）　　　　年　　月　　日　　（性別） 男 ・ 女

２　緊急時連絡先

　（１）通院している医療機関

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 診療科 | 担当医名（主治医） | 電　話 | カルテ番号（ＩＤ） | 緊急時の受入 |
|  |  |  |  |  | 可・不可 |

　（２）緊急時に搬送できる医療機関

　　　□　同上（通院している医療機関）

　　　□　通院している医療機関で緊急時の受入が不可の場合、他の医療機関で保護者が緊急時受入について相談している医療機関

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 診療科 | 担当医名（主治医） | 電　話 | カルテ番号（ＩＤ） |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 続　柄 | 電　　　話 |
|  |  | （自宅・職場） |
|  |  | （自宅・職場） |
|  |  | （自宅・職場） |

　（３）保護者連絡先

３　具体的な緊急時の対応

４　食物アレルギーの原因食品と摂取後の症状

　　原因食品

　　摂取後の症状

５　学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）の補足確認

（１）

※「アナフィラキシー」ありの場合

アナフィラキシー発症状況

①回数：　　　回

②最後の発症年月：　　年　　　月

③発症時の具体的な症状及び原因：（　　　　　　　　）

④医師から注意するように言われている症状：（　　　　　　　）

⑤アナフィラキシーショックの有無：（　有　・　無　）

（２）

※「病型・治療」の「Ｄ　緊急時に備えた処方薬」にて、緊急時に備えた処方薬１から

３までのいずれかに○が付いている場合

子ども自身で、緊急時に備えた処方薬を管理できますか？

　　□　いいえ

　　→　　　保護者との協議内容

　　□　はい

（３）

※「学校生活上の留意点」にて、「保護者と相談し決定」に○が付いている場合

　学校生活上の留意点

Ａ　給食

　　→　　　保護者との協議内容

　Ｂ　食物・食材を扱う授業・活動

　　→　　　保護者との協議内容

　Ｃ　運動（体育・部活動等）

　　→　　　保護者との協議内容

　Ｄ　宿泊を伴う校外活動

　　→　　　保護者との協議内容

Ｅ　その他の配慮・管理事項

　　→　　　保護者との協議内容

６　学校生活における配慮

７　　学校給食における食物アレルギー情報の提供（該当番号に〇）

（１）アレルギー献立表を必要とする

（２）詳細献立表を必要とする

（３）両方必要とする

８　　食物アレルギーの原因食品が、学校給食除去食対象品目の場合

□　アレルギー除去食を希望する

□ 卵（鶏卵、うずら卵） □ エビ

□ 乳（牛乳、乳製品） □　カニ

□ 代替食（乳抜きパン）の提供を希望する。

□ 代替食（豆乳）の提供を希望する。

※乳抜きパン及び豆乳の両方を希望することもできます。

□ 代替食の提供を希望しない。

□　アレルギー除去食を希望しない

９　その他、保護者との協議内容

|  |
| --- |
|  |

１０　保護者の同意

上記の内容について間違いがないことを承諾するとともに、学校生活での日常の配慮及び緊急時の対応について活用するため、記載された内容及び学校給食における食物アレルギー情報について全職員で共有することに同意します。

　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名