

食物アレルギー調査票兼面談書

記入日 年 月 日

保護者が記入し「学校生活管理指導表（アレルギー用）」と「保護者記入用家庭における原因食物の除去の程度」と一緒に学校へ提出してください。

年 組 番	ふりがな 氏名	(生年月日 年 月 日)	(男・女)
保護者名	(続柄)	住所	電話番号 () -

緊急連絡先

優先順位	氏名	続柄	電話番号	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	

病院・主治医

医療機関名・診療科名	主治医名
住所	電話番号

1 アナフィラキシー発症状況（管理指導表に「アナフィラキシー」ありの場合記入してください）

*アナフィラキシーとは、以下の症状が複数同時にかつ急激に強く出現した状態をいいます。

じんましん等の皮膚症状、腹痛や嘔吐などの消化器症状、咳・ゼーゼー・呼吸困難などの呼吸器症状

年齢	原因食品	症状（直近のものから記入）	ショック
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無

2 家庭における対応の程度（食事・外食・おやつ・運動について注意していること等）

--

3 処方薬の内容と保管場所（管理指導表に記載されている処方薬について記入してください）

内服薬	：	()	保管場所	()
軟膏	：	()	保管場所	()
エピペン®	(有・無)	保管場所	()	

4 原因食品と摂取後の具体的な症状・対応手順等

原因食品	症状	対応手順等	最終既往年月日等
<例> 卵	全身にじんましんが出る →治まらず強くなる	<input type="checkbox"/> をすすぐ→A薬を飲む →B薬を塗る	○年○月(○歳)

5 学校生活上の留意点

A 給食 食物アレルギー対応	<input type="checkbox"/>	希望する	<input type="checkbox"/>	希望しない
毎月の献立確認について	<input type="checkbox"/>	面談を希望	<input type="checkbox"/>	書面での対応を希望
B 食物・食材を扱う授業・活動	<input type="checkbox"/>	希望する (対応内容)	<input type="checkbox"/>	希望しない
C 運動 (体育・部活動等)	<input type="checkbox"/>	希望する (対応内容)	<input type="checkbox"/>	希望しない
D 宿泊を伴う校外活動	<input type="checkbox"/>	希望する (対応内容)	<input type="checkbox"/>	希望しない
E その他の配慮・管理事項				

6 情報の共有について

- (1) 管理指導表の記載内容について学校から主治医に直接確認することがあります。
- (2) 学校における日常の取組および緊急時の対応に活用するため、面談時の内容を教職員全員及び共同調理場で共有します。
- (3) 他の児童生徒の理解と協力を得るため管理指導表等の内容を学級で説明します。

以上のとおり情報の共有について同意します。

保護者氏名

印

7 面談日時(学校記入欄)

日時	平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
場所	
出席者	保護者 () ・ 校長/教頭 ・ 担任 ・ 養護教諭 ・ 栄養教諭/学校栄養職員 ・ 調理員 ・ その他 ()