

令和 年度 食物アレルギー個別取組プラン (事前調査票兼面談調書)

秘

保護者が記入し管理指導表・緊急時個別対応カードと一緒に学校へ提出してください。

調布市立 小学校 年 組 児童氏名 _____ (性別 男・女)
(生年月日 平成 年 月 日)

1 アナフィラキシー発症歴 (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。

じんましんなどの皮膚症状、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 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：() 軟膏：()

保管場所：()

エピペン 保管場所 ()

3 原因食品と摂取後の具体的な症状・対応手順等 (最終既往年月も記入してください)

| 原因食品 | 症状 | 対応手順等 | 最終既往年月 |
|------|--------------------------|-------------------|------------|
| <例>卵 | 口の中がかゆくなる⇒治まらない ⇒強くなる | 口をすすぐ⇒A薬を飲む⇒B薬を塗る | ●年●月 (●歳頃) |
| | | | |

4 家庭における対応の程度 (食事・外食・おやつについて注意していることなど)

| |
|--|
| |
|--|

5 学校生活上の留意点

| |
|--|
| A 給食 食物アレルギー対応（ブルートレイ対応含む） <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない（弁当持参） 毎月の献立確認 <input type="checkbox"/> 面談希望 <input type="checkbox"/> 書面での対応希望 <input type="checkbox"/> 確認不要（ブルートレイ・弁当持参） |
| 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及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で共有し、教育委員会に報告します。
- (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。
- (4) 不必要な除去を減らし、一層安全に対応するため、管理指導表等関係書類の内容を教育委員会・調布市医師会で共有し、より適切な対応について検討します。

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 | 令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分 |
| 場所 | |
| 出席者 | 保護者 ()・校長／副校長・養護教諭・栄養士・担任・調理員 その他 () |

8 対応委員会での検討・決定事項 令和 年 月 日 ()

| | |
|-----------------|--|
| 取組プラン | |
| A 給食 | |
| B 食物・食材を扱う授業・活動 | |
| C 運動(体育・部活動等) | |
| D 宿泊を伴う校外活動 | |
| E その他の配慮・管理事項 | |