**面 談 調 書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 面談日時 | 平成　　年　　月　　日　　　　　　時　　　分～ | | |
| 児童生徒名 | 年　　　組　　　番 | 保護者名 |  |
| 面談  担当者 | ・学級担任（　　　　　　　　　）　・養護教諭（　　　　　　　　　　　）  ・栄養教諭　学校栄養職員　学校栄養士業務委嘱託員（　　　　　　　　　　）  ・その他の教職員（　　　　　　　　　　　　　） | | |

**１　食物アレルギーを起こす原因食品の確認**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 食　品　名 | 微量で反応があるか | 加熱の有無 | 加工食品・調味料に含まれる微量の食品 |
|  | □　はい  □　いいえ | □加熱すれば可  □その他（　　　　　） | □可　　　□不可  □その他（　　　　　　） |
|  | □　はい  □　いいえ | □加熱すれば可  □その他（　　　　　） | □可　　　□不可  □その他（　　　　　　） |
|  | □　はい  □　いいえ | □加熱すれば可  □その他（　　　　　） | □可　　　□不可  □その他（　　　　　　） |
|  | □　はい  □　いいえ | □加熱すれば可  □その他（　　　　　） | □可　　　□不可  □その他（　　　　　　） |

**２　原因食品を食べた場合の症状の確認**

　□咳き込み　□呼吸困難　□嘔吐　□腹痛　□顔面紅潮　□顔面蒼白　□じんましん　□湿疹

　□掻痒感　　□下痢

　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**３　アナフィラキシーショックの有無**

　□　あり→　・回数　　　回（時期　　　年　　　　月）

　　　　　　　・原因

　□　なし

**４　運動で食物アレルギーの症状を発症した経験の有無**

　　□　あり→　□　食事との関連あり　　　□　食事との関連なし　　□わからない

　　□　なし

**５　過去に除去を行っていたが現在は完全に食べられるようになった食品の有無**

　□　あり→　・食品名

　□　なし

**６　発症の経過や家庭・学校（幼稚園・保育園）での対応の確認**

＜発症の経過・家庭での対応＞

＜今までの対応＞（幼稚園・保育園・小・中学校）

　　□　完全除去　　　　　□　代替食　　　　　□　弁当持参

　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**７　現在、アレルギー疾患のために使用している薬の有無（食物アレルギー以外の疾患も含む）**

|  |  |
| --- | --- |
| 内服薬 | 薬品名 |
| 外用薬 | 薬品名 |
| 吸入薬 | 薬品名 |
| 注射薬 | 薬品名 |
| その他 | 薬品名 |

**８　アレルギー症状を起こしたときの対応方法の確認**

　□　薬を服用させる　　　□　エピペン®を使用する　　□　発疹やじんましんが出たら薬を塗る

　□　保護者に連絡する　　□　症状に応じて救急搬送する

□　かかりつけの病院に連絡する　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**９　その他の確認事項**

1. 消防署への情報提供について　　□　同意する　　　□　同意しない
2. 救急搬送の際に「学校生活管理指導表」のコピーを救急隊及び受入先の病院に提供すること

について　　　　　　　　　　　　□　同意する　　　□　同意しない

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 優先順位 | 氏　　名 | 続　柄 | 電　話　番　号 | | 連 絡 先 |
| １ |  |  |  |  | 自宅・職場・携帯 |
| ２ |  |  |  |  | 自宅・職場・携帯 |
| ３ |  |  |  |  | 自宅・職場・携帯 |

　(3) 　緊急連絡先