

【様式5】表

食物アレルギー対応等に関する面談記録表

児童・生徒氏名：                  

小学校

年度	令和 年度	令和 年度	令和 年度	令和 年度	令和 年度	令和 年度
学年・組	年 組	年 組	年 組	年 組	年 組	年 組
面談日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
面談者続柄						
記入者						
変更	—	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり

中学校

年度	令和 年度	令和 年度	令和 年度
学年・組	年 組	年 組	年 組
面談日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
面談者続柄			
記入者			
変更	なし・あり	なし・あり	なし・あり

※当てはまる事柄を○で囲み、必要事項を記入してください。

【質問1】食物アレルギーを起こす原因食物は何ですか？ 食物名（　　）
【質問2】現在除去中の食物はありますか？ いいえ・はい（食物名：　　）
【質問3】運動でアレルギー疾患を起こしたことはありますか？ いいえ・はい（食事との関係あり・食事との関係なし・不明）
【質問4】アナフィラキシーショックの経験がありますか？ いいえ はい（回数：　　回）（最後の発症年月：平成・令和　　年　　月） (原因：　　)
【質問5】現在アレルギー疾患の治療のため使用している薬はありますか？ いいえ・はい：内服薬・吸入薬・外用薬・注射薬・その他（　　）

**【質問 6】学校に携帯を希望する薬はありますか？**

いいえ

- は い：(薬剤名 : )  
 (使用方法 : )  
 (使用の目安 : )  
 (携帯場所 : )

**【質問 7】万が一、アレルギー反応を起こした時の対応方法は？**

- ①対応方法 ( )  
 ②緊急時の連絡先 ( )  
 ③診療機関（診療機関名： 主治医： )

**【質問 8】学校給食に配慮が必要ですか？**

いいえ

は い → 具体的な対応は学校と要相談

**【質問 9】主治医より運動や課外活動・調理実習・宿泊・学校生活等で注意を受けていますか？**

いいえ

は い 指導内容 [ ]

調理場記入欄	【給食の対応】	【給食費】
	<input type="checkbox"/> 牛乳のみ飲用	牛乳代金のみ徴収
	<input type="checkbox"/> 全部弁当の持参	徴収なし
	<input type="checkbox"/> 卵アレルギーの対応食の提供	全額徴収
	<input type="checkbox"/> 乳アレルギーの対応食の提供	牛乳代金減額
	<input type="checkbox"/> 詳細な献立表の配布（一部弁当持参含む）	全額徴収
	【特記事項】	

面談記録確認欄		
学 校		給食調理場
管理職	養護教諭	担 任