資料5

**面　談　記　録　票**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 面談年月日 | 平成　　年　　月　　日 | 面談出席者 | 校長・教頭・学級担任・養護教諭栄養教諭・調理員 |
| 児童氏名 |  | 保護者氏名 |  |
| かかりつけ医療機関名 |  | 緊急連絡先 |  |

１．食物アレルギーを起こす原因食品・症状・除去の程度について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| アレルゲン | 摂取時に起こりうる症状 | 除去の程度 | 給食での対応 |
|  |  | □完全除去□その他１．少量であれば可２．加熱すれば可３．加工食品等に含まれる微量であれば可４．（　　　　　　　　　　） |  |
|  |  | □完全除去□その他１．少量であれば可２．加熱すれば可３．加工食品等に含まれる微量であれば可４．（　　　　　　　　　　） |  |
|  |  | □完全除去□その他１．少量であれば可２．加熱すれば可３．加工食品等に含まれる微量であれば可４．（　　　　　　　　　　） |  |

２．家庭での除去食・食事制限状況について

３．幼稚園・保育園での対応状況について

４．過去に除去食を行っていたが、現在は食べられるようになった食品の有無

　□　無し　□　有り（食物名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５．運動で症状を発症した事の有無

　□　無し　□　有り（□食事との関連あり　　□食事との関連無し）

６．アナフィラキシーショックの経験の有無

　□　無し　□　有り（　　歳頃　　回数：　　　回　　原因：　　　　　　　　　　　　　　）

７．現在、アレルギー疾患の治療のために使用している薬の有無

□　無し　□　有り　内服薬（　　　　　　）吸入薬（　　　　　　）外用薬（　　　　　　）

　　　　　　　　　　注射薬（　　　　　　）その他（　　　　　　）

　学校に携帯する薬の有無

　□　無し　□　有り（薬剤名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

８．アレルギーを起こした時の、万が一の時の対応方法は？

　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※アドレナリン自己注射薬の保管場所について確認する。

※給食の献立内容、使用食品等、給食での対応の範囲を説明する。

　給食での対応を検討し、上の表、右部分に記入する。