資料7

**就学前・継続　　児童アレルギー調査一覧表**

※　関係職員との事前協議までに「学校生活管理指導表」をもとに作成

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ＮＯ |  |  |  |  |
| 児童氏名 |  |  |  |  |
| 原因物質 |  |  |  |  |
| 症状 |  |  |  |  |
| アナフィラキシーの経験の有無 | 有　　　無 | 有　　　無 | 有　　　無 | 有　　　無 |
| 医師による  診断の有無  （最終診断年月） | 有　　　無  （　　年　　月） | 有　　　無  （　　年　　月） | 有　　　無  （　　年　　月） | 有　　　無  （　　年　　月） |
| 医師のよる  食事指導の有無 | 有　　　無 | 有　　　無 | 有　　　無 | 有　　　無 |
| 医師からの  書面での証明 | 有　　　無 | 有　　　無 | 有　　　無 | 有　　　無 |
| 家庭での対応 | 完　全　除　去  体調により除去  本 人 が 除 去  実施していない | 完　全　除　去  体調により除去  本 人 が 除 去  実施していない | 完　全　除　去  体調により除去  本 人 が 除 去  実施していない | 完　全　除　去  体調により除去  本 人 が 除 去  実施していない |
| 緊急時の対応 | 内　　服　　薬  自　己　注　射  そ　　の　　他  （　　　　　　） | 内　　服　　薬  自　己　注　射  そ　　の　　他  （　　　　　　） | 内　　服　　薬  自　己　注　射  そ　　の　　他  （　　　　　　） | 内　　服　　薬  自　己　注　射  そ　　の　　他  （　　　　　　） |
| 在籍兄弟関係 | 年　　　組  （　　　　　　） | 年　　　組  （　　　　　　） | 年　　　組  （　　　　　　） | 年　　　組  （　　　　　　） |
| 検討後  （対応の可否） | 可　　不可 | 可　　不可 | 可　　不可 | 可　　不可 |
| 備考 |  |  |  |  |