|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　 　組　 氏名  **【該当するところにチェックまたは記入をしてください。】**  **＊食物アレルギー・症状について**  問１．原因食物名と症状、症状が最初にあった年月と最後にあった年月をご記入ください。   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 食物名 | 症　　状 | 症状年月 | |  | □　ある↓　　　　□　不明  （症状：　　　　　　　　　） | 初発　　年　　月  最終　　年　　月 | |  | □　ある↓　　　　□　不明  （症状：　　　　　　　　　） | 初発　　年　　月  最終　　年　　月 | |  | □　ある↓　　　　□　不明  （症状：　　　　　　　　　） | 初発　　年　　月  最終　　年　　月 |   問２．現在除去中の食べ物がありますか。  　　　□　ない  □　ある→（食物名：　　　　　　　　　　　　　　 　　）  問３．問２で“ある”と答えた場合、誰が除去の判断をしましたか。  □　医師　　□　保護者　　□　その他（　　　　　 　　）  問４．除去を過去におこなっていたが、現在は食べられるようになった食物がありますか。  □　ない  □　ある→（食物名：　　　　　　　　　　　　　 　　　）  問５．学校生活の中でどのような対応を希望しますか。（複数選択可）  ＜給食＞ □　詳細な献立表必要　　□　除去食・代替食希望  □　弁当もしくは代替食持参  □ その他（　 　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ＜その他＞　□　事前の情報提供必要　　□除去食・代替食希望  □　弁当もしくは代替食持参  □ その他（　 　　　　　　　　　　　　　　　　）   1. 運動後に症状が出たことがありますか。   □ ない　　　　　　 □　食事との関連あり  □ ある　　→　　　 □　食事との関連なし  　　　症状詳細：（　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　）  問７．（１）今まで出た症状について、当てはまるものすべてにチェックと（　）内は○を記入してください。  □ じんましん　　　 　□　顔や目の周りの赤み、腫れ  □ 口やのどのかゆみ 　□　舌や唇の腫れ  □ **声がかすれる**　　　 □　**呼吸（しにくい・ゼーゼーする）**  □ 咳（**持続する強い・犬が吠えるような**・数回の軽い）  □ 腹痛（**持続する強い**・中等度・我慢できる）  □ 嘔吐（**吐き続ける**・１～2回・吐き気のみ）  □ **アナフィラキシー症状（ぐったり、意識もうろう）**  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） | **《学校記入欄》**  **保護者記入不可**  **面談日時**　　年　　月　　日  **面談出席者（○で囲む）**  校長、教頭、学年主任･学科長、学級担任、養護教諭、  栄養教諭、教科担当（　　　 ）その他（ 　　　　　　　）  保護者氏名（　　　　　　　　　　　）  本人同席：　有　　・　　無  **＜聴き取り内容＞**  ○原因食物毎の過去の発作  事例と症状詳細  ○原因食物毎の保護者が希望  する対応  **・給食対応希望あり→**  **<様式５>給食対応用面談記録票**  ○給食対応以外の留意点の確認食品を扱う授業・活動（給食当番時等）  体育・部活動等 |

様式１

**食物アレルギーに関する調査票（保護者記入用）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 問７（２）**（１）でアナフィラキシー症状他　太字で下線の症状にチェックした場合、**  　　①回数：（　　　　回）  　　②最後の発症年月：（　　　年　　　月）  ③発症時の様子：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ④発症時の具体的な症状：食後（　　）分後に  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　）  ⑤医師から注意するように言われている症状：  （　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　）  　　⑥アナフィラキシーショックの有無：（　有　・　無　）  **＊食物アレルギーの治療薬について**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **薬種類** | **薬品名** | **使用する場合** |  | | 例:注射 | エピペンⓇ | アナフィラキシー時 | | 内服薬 |  |  | | 吸入薬 |  |  | | 注射薬 |  |  | | その他 |  |  |   問８．現在、食物アレルギーの治療のために使用している薬がありますか。  □ ない  □ ある→   1. 学校に持参する薬はありますか。   □ ない  □ ある→薬剤名（　　　　　　　　　　　　 　　　　　）  **＊主治医からの指導や注意について**  問１０．主治医から日常生活のなかでの行動について、また、発症したときの対応（搬送先含む）等、注意をうけていることがありますか。  　　　□ ない  　　　□ ある→  **＊その他**  問１１．学校における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、調査票に記載された内容を全教職員で共有することに同意しますか。  □ 同意する　　　□ 同意しない  問１２．緊急時対応のため、必要に応じて事前または救急搬送時に消防署に緊急連絡先等を情報提供することに同意しますか。  □ 同意する　　　□ 同意しない  記入日：令和　　年　　月　　日  保護者氏名（記入者）： | **《学校記入欄》**  **保護者記入不可**  遠足・職場体験等  校外活動（宿泊を含む）  その他  （周囲の児童生徒への説明等）  ○発作時の対応手順等  （エピペンⓇの保管場所等  確認） |