

## 食物アレルギー対応面談用問診票

学年 組	名 前	性 別	生 年 月 日
年 組		男 ・ 女	平成・令和 年 月 日 ( 才)

- 面談日は、相談の上決めます。
- 15分程度を予定しています。
- 下記の太枠内を記入して、「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」をお持ちください。

\* 下記の質問事項についてお答えください。(裏面もお願いします。)

保護者記入日 年 月 日

1. 過去に食物アレルギーが原因と思われる症状がでた回数は何回ぐらいありますか？ ( 回)
2. 最後に発症したのはいつですか？ ( 歳・平成 / 令和 年 月 日 ) <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 5px;">                     発症した時の具体的な状況や症状について、何を食べて何分後にどのような症状がでて、どのように対応をしたのかを教えてください。                 </div>
3. 医師から注意するように言われている症状がありますか？ ( ある ・ 特にない ) <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 5px;">                     ある場合は内容をお書きください。                 </div>
4. アナフィラキシーショックを今まで起こしたことがありますか？ ( ある ・ ない ) <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 5px;">                     ある場合は、時期・症状・回数等をお書きください。                 </div>
5. 薬やエピペンが処方されていますか？ ( 薬の処方あり ・ エピペンの処方あり ・ ない ) <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 5px;">                     ある場合は、子供自身で緊急時に備えた処方薬の管理はできますか？ ( 管理可能 ・ 管理困難 )                      対応はどのように考えていますか？                 </div>
6. 学校生活の中で特に配慮して欲しいことがありますか？それぞれについてお答えください。 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 5px;">                     A. 給食                 </div>

B. 食物・食材を扱う授業・活動

C. 運動（体育・部活動等）

D. 宿泊を伴う校外活動

E. その他、配慮を希望すること

7. 通院している医療機関の緊急時連絡先等について記入してください。

医療機関名	診療科	担当医名	電話番号	カルテ番号

緊急時の受け入れ（可・不可） カルテ番号の必要の有無（無・有：番号）

8. 通院している医療機関で緊急時の受け入れが不可の場合に、受け入れについて相談している医療機関があればお書きください。

医療機関名	診療科	担当医名	電話番号	カルテ番号

9. 保護者等の緊急時の連絡先（日中に確実に連絡が取れる電話を優先順にお書きください。）

名前	続柄	自宅の電話番号	携帯電話番号	職場の電話番号・職場名

面談時の協議内容等（実施日 月 日）

面談対応者名：