## **面談チェックリスト（教職員記入用）**

　　年　　組　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　記入者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項目及び確認内容 | | |  |
| 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用） | 食物アレルギー | あり・なしが記載されているか。  【ありの場合】病型･治療Ａ食物アレルギー病型に記載があるか。 |  |
| アナフィラキシー | あり・なしが記載されているか。  【ありの場合】病型･治療Ｂアナフィラキシー病型に記載があるか。  取組プランの「発症時の症状」を確認する。 |  |
| 病型･治療 | Ｃ　原因食物･診断根拠  　①原因食物に○があるか。  【ありの場合】取組プラン「緊急時の対応」注意すべき症状、緊急時の対応、緊急時の搬送医療機関等確認 |  |
| ②食品群に具体的な食品名の記載があるか。 |  |
| ③診断根拠が書いてあるか。  　　既往のみが根拠の場合で、鶏卵、牛乳、小麦、大豆については、年齢により耐性化することがあるので、2年以上経過している場合は負荷試験を勧める。 |  |
| ④診断根拠となった既往･検査の年月を確認する。  　　既往や検査から年月が大きく経過している場合は再検査等を勧める。 |  |
| ⑤経口免疫療法（減感作療法）を行っているか確認する。  　　行っている場合は、現在の摂取量、摂取時間を確認する。  　　摂取時間が朝の場合は、学校で発症する場合があるので注意を促す。 |  |
| ⑥原因食物でなくなった食物については、耐性化の確認を行う。 |  |
| Ｄ　緊急時に備えた処方薬  　【ありの場合】取組プラン「持参薬」「エピペンの保管」の確認を行う。 |  |
| 学校生活上の留意点 | Ａ～Ｄ「２．保護者と相談し決定」に○が付いている場合は、取組プランに具体的内容を記入する。 |  |
| Ｅ　その他の配慮・管理事項  　①分量による部分解除は行わないことを説明 |  |
| ②調味料等の使用範囲の確認（医師の記載がない場合） |  |
| ③コンタミネーション(微量混入)の確認(医師の記載がない場合) |  |
| 不備がある場合は、医師に追記してもらうよう依頼する。 | |  |
| 同意欄の「１　同意する」に○及び署名があるか確認する。必ず、同意を依頼する。 | |  |
| 給食における対応について | 給食での対応についての説明  　①　給食室の現状を説明 | |  |
| ②　原則、完全除去を基本とすることを説明 | |  |
| ③　１つの料理で１つの除去食となり、原因食物以外も除去して作る場合がある旨を説明 | |  |
| ④　家庭から弁当持参をお願いする場合があることを説明 | |  |
| ⑤　おかわりについての説明 | |  |
| ⑥　初めて食べる食品が給食で使用される場合は、事前に家庭で喫食することを確認 | |  |
| ⑦　トレイや食器は毎日違う色の物を使用することを説明 | |  |
| ⑧　給食費について | |  |
| ⑨　除去が不要になった場合は除去解除申請書の提出を依頼 | |  |
| ⑩　詳細献立表の確認について依頼 | |  |
| ⑪　登校前に、アレルギー対応について児童生徒と内容を確認するよう依頼 | |  |