

保護者面談チェックリスト

〇〇〇〇学校

年 組 氏名

面談年月日 令和 年 月 日 記入者

項目及び確認内容		確認	備考	
学校生活管理指導表	食物アレルギー	あり・なしが記載されているか。		
	アナフィラキシー	あり・なしが記載されているか。		
	病型・治療	A 食物アレルギー病型		
		ありの場合、食物アレルギー病型に記載があるか。		
		B アナフィラキシー病型		
		ありの場合、アナフィラキシー病型に記載があるか。		
		C 原因食物・診断根拠		
		①原因食物に○と診断根拠の記載があるか。		
		②食品群（6～12）の場合、具体的な食品名の記載があるか。食品群（3）の場合、大麦などその他の麦について確認する。		
		③診断根拠が「①の既往のみ」が根拠の場合 年齢により耐性化することがあるので、特に鶏卵、牛乳、小麦、大豆については、診断から2年以上経過している場合は、食べられるようになっているかを医師の指示のもと負荷試験等で確認するよう勧める。		
		④診断根拠となった既往・検査の年月を確認し、面談記録に記載する。（食物アレルギーに関する調査票も確認する。）		
		D 緊急時に備えた処方薬		
	①内服薬の有無の確認。			
	②エピペン®処方ありの場合は、使用経験の有無の確認。			
	③エピペン®使用経験ありの場合は、使用した時期の確認。			
	学校生活上の留意点	A 給食		
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 その他の配慮事項・管理事項（自由記載）				
①調味料等の使用範囲の確認（医師の記載がない場合はしない。）				
②コンタミネーションの確認（原則として給食ではコンタミネーションについて対応できないことを確認する。）				

項目及び確認内容		確認	備考
	※A～Dで「1管理不要」以外に○が付いている場合や指示事項がある場合は、個別対応計画に具体的な内容を記入する。		
	不備がある場合は、医師に追記をしていただくよう依頼する。		
	同意欄の「1 同意する」に○及び署名はあるか確認する。 「2 同意しない」の場合は、同意していただくよう依頼する。		
学校給食におけるアレルギー対応について	①給食室・給食センターでの対応について説明したか。 給食室・給食センターの現状を説明したか。		
	②完全除去を原則とすることを説明したか。		
	③1つの料理で1つの除去食となるため、原因食物以外も除去して作る場合があることを説明したか。		
	④家庭からの持参をお願いする場合もあることを説明したか。		
	⑤おかわりについて説明したか。		
	⑥初めて食べる食品が給食で使用される場合は、事前に家庭で食べてみられて、症状が出ないことを確認してほしい旨をお願いする。		
	⑦給食費の返金について説明したか。		
	⑧飲用牛乳の除去について説明したか。		
	⑨アレルギー対応献立表の確認についてのお願い。		
	⑩登校前に、アレルギー対応について児童・生徒と内容の確認をお願いすること。		
その他	家庭における除去の程度一覧表	学校生活管理指導表との整合性や家庭での状況を確認したか。	
	食物アレルギーに関する調査票	学校生活管理指導表との整合性があるか確認したか。	
		原因食物摂取後の症状について確認したか。 「その他、学校生活全般での要望事項」があるか。	
エピペン®が処方されている場合は、消防機関への情報提供について同意をお願いする。			
管理指導表提出後、新たにエピペン®が処方された場合は、追加記入を依頼し、再提出をお願いする。			
他の疾患について記載されている場合は、内容を確認する。			