

面談チェックリスト

年 組 氏名

記入者

項目及び確認内容		✓		
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？ 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「1 アナフィラキシー発症状況」確認		
	病型・治療	C 原因食物・除去根拠		
		① 原因食物に○があるか？ ありの場合は取組プラン「3 原因食品と摂取後の具体的な症状・対応手順等」の確認		
		② 食品群（1）の場合 鶏卵を含む加工品（マヨネーズやアイスクリーム）が食べられるか？ （⇒喫食可（ブルートレイ） 喫食不可（ピンクトレイ）となる） 食品群（6, 7, 8, 9, 10）の場合 具体的な食品名の記載があるか？ ※11は大豆について記載依頼。 <b>食品群（8, 11でトマト）の場合</b> <b>食物アレルギー病型が口腔アレルギー症候群か？</b> <b>症状が口腔内症状のみか？一部の加工品（別紙参照）の喫食は可能か？</b> <b>チャツネ, 果物を使用した調味料については基本的に使用する旨の説明をしたか？</b>		
		③ 除去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 除去根拠となった既往・検査の年月を確認し、面談記録に記載 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 行っている場合は現在の摂取量、摂取時間 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、耐性化の確認などを行う。			
	学校生活上の留意点	D 緊急時に備えた処方薬	ありの場合は取組プラン「2 処方薬の内容と保管場所」確認 エピペンを注射した有無、有の場合は時期	
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 「2. 管理必要」に○が付いている場合は、取組プラン「6 学校生活上の留意点」に具体的な内容を記入。	
	E 原因食物を除去する場合により厳しい除去が必要なもの ○が付いている項目があるか？	
	F その他の配慮・管理事項（自由記述） ① 分量による部分解除は行わないことの説明	
	② コンタミの確認（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	
小学校給食におけるアレルギー対応について	給食での対応についての説明	
	① 給食室の現状を説明	
	② 原則除去食であること	
	③ 完全除去を基本とし、例外的取扱（鶏卵、果物・トマトの一部加工品、調味料、コンタミ）があること	
	④ 1つの料理で1つの除去食となること、原因食物以外も除去して作る場合があることの説明	
	⑤ 家庭からの持参をお願いする場合もあることの説明	
	⑥ おかわりについての説明	
	⑦ 初めて食べる食品（未摂取の食品）が給食で使用される場合は、医師に相談の上、事前に喫食して、症状が出ないことを確認してほしい旨のお願い	
	⑧ トレイは毎日違う色の物を使用し、食器は除去食については違う色の物で対応することの説明	
	⑨ 除去が不要になった場合は、除去解除申請書の提出をお願いすること	
	⑩ 飲用牛乳の除去について	
	⑪ アレルギー対応献立表の確認についてのお願い	
⑫ 登校前に、アレルギー対応について児童と内容の確認をすることのお願い		
取組プラン	4 家庭における対応の程度(食事・外食・おやつについて注意していることなど)	
	5 学校生活上の留意点_____「E その他の配慮・管理事項」があるか確認する	
	6 情報の共有について、氏名及び押印があるか確認	
	7 面談日時（学校記入欄）の記入	
留意点	管理指導表の追記等：今後、原因食物の追加や新たにエピペンが処方された場合は、医師にその旨を管理指導表に記載してもらい再提出をお願いする旨を伝える。	
	管理指導表の更新：管理指導表の有効期限は、医師記載日から1年間のため、有効期限が近づいたら、症状等に変化が無い場合であっても、医療機関を受診し、管理指導表の更新が必要なことを伝える。	
	提出された書類に、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	