

取扱注意

様式第7号

5 学校生活上の留意点について、該当箇所に☑をしてください。

A 給食

※①②は面談時に記入してください。

①自己除去（除去食物：）

②除去食（弁当持参を含む）[除去食物：]

B 食物・食材を扱う授業・活動（給食時、調理実習等）

※配慮内容は面談時に記入してください。

①献立内容の確認 ☐ 配慮なし ☐ 配慮あり（※配慮内容）

②給食当番の役割確認 ☐ 配慮なし ☐ 配慮あり（※配慮内容）

③配膳時の注意 ☐ 配慮なし ☐ 配慮あり（※配慮内容）

④おかわり等を含む喫食時の注意 ☐ 配慮なし ☐ 配慮あり（※配慮内容）

⑤片付け時の注意 ☐ 配慮なし ☐ 配慮あり（※配慮内容）

⑥調理実習 ☐ 配慮なし ☐ 配慮あり（※配慮内容）

⑦その他交流給食などの注意 ☐ 配慮なし ☐ 配慮あり（※配慮内容）

C 運動(体育・部活動等)

☐ 配慮なし ☐ 配慮あり

（※配慮内容）

D 宿泊を伴う校外活動

☐ 配慮なし ☐ 配慮あり

（※配慮内容）

E その他の配慮・管理事項

※

6 緊急時連絡先を記入してください。

連絡順位	氏 名	(続柄等)	電 話 番 号	特 記 事 項
1		()		
2		()		
3		()		

7 食物アレルギーに関する医療機関の情報を記入してください。

医 療 機 関 名		電 話 番 号	
診 療 科		主 治 医	
番 号	力 ル テ 診 察 券	緊急時の受け入れ	可 ・ 不可

8 上記7で緊急時の受け入れが不可である時や他に搬送する医療機関がある場合の情報を記入してください。
な お 、 ご 記 入 い た だ い た 医 療 機 関 に 搬 送 で き な い 場 合 が あ り ま す 。

医 療 機 関 名		電 話 番 号	
診 療 科		主 治 医	
番 号	力 ル テ 診 察 券		

(学校記入欄)

面 談 日 時	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
出席者	保護者() 校長 / 副校長 / 担任 / 学年主任 / 養護教諭 / 栄養教諭・栄養士

事務処理点検欄	日 時	担 当 者 名
(初回) 写しの送付		
(変更) 写しの送付		

食物アレルギー面談票兼個別取組みプラン

保護者の方が記入し学校生活管理指導表、緊急時個別対応カードと一緒に学校へ提出してください。
なお、※印は面談の際にご記入ください。

大田区立 学校

年 組 番 児童・生徒名 (男 ・ 女)

(生年月日： 年 月 日)

1 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）の記載事項

学校生活管理指導表の病型・治療について該当項目に○又は記入をしてください。

A 食物アレルギー病型

即時型	口腔アレルギー症候群	食物依存性運動誘発アナフィラキシー
B アナフィラキシー病型（既往ありの場合のみ記載してください）		
食物（原因）	食物依存性運動誘発アナフィラキシー	運動誘発アナフィラキシー
昆 虫	医薬品	その他（）

C 原因食物

1 鶏卵 2 牛乳・乳製品 3 小麦 4 ソバ 5 ピーナッツ 6 甲殻類（すべて・エビ・カニ）
7 木の実類（すべて・クルミ・カシュー・アーモンド） 8 果物類（）
9 魚類（） 10 肉類（）
11 その他（）

2 処方薬の有無と薬名等について、ご記入ください。

処方薬	処方の有無	※ 保管場所
1 内服薬（薬名）		
2 エピペン® （本数： 本） （ 0.15 mg / 0.3 mg のどちらかに○をしてください）		
3 その他（）		

3 原因食物と摂取後の具体的な症状・対応手順等について、詳しく記入してください。

原因食物	症状	対応手順等
(例) 鶏卵	口の中がかゆくなる。⇒治まらない。	口をすすぎ、内服薬を飲む。

4 家庭における対応の程度について、記入してください。

(例)食事・外食・おやつについて注意していることなど

様式第7号

5 学校生活上の留意点について、該当箇所に☑をしてください。

A 給食

※①②は面談時に記入してください。

①自己除去（除去食物：）

②除去食（弁当持参を含む）[除去食物：]

B 食物・食材を扱う授業・活動（給食時、調理実習等）

※配慮内容は面談時に記入してください。

①献立内容の確認 ☐ 配慮なし ☐ 配慮あり（※配慮内容）

②給食当番の役割確認 ☐ 配慮なし ☐ 配慮あり（※配慮内容）

③配膳時の注意 ☐ 配慮なし ☐ 配慮あり（※配慮内容）

④おかわり等を含む喫食時の注意 ☐ 配慮なし ☐ 配慮あり（※配慮内容）

⑤片付け時の注意 ☐ 配慮なし ☐ 配慮あり（※配慮内容）

⑥調理実習 ☐ 配慮なし ☐ 配慮あり（※配慮内容）

⑦その他交流給食などの注意 ☐ 配慮なし ☐ 配慮あり（※配慮内容）

C 運動(体育・部活動等)

☐ 配慮なし ☐ 配慮あり

（※配慮内容）

D 宿泊を伴う校外活動

☐ 配慮なし ☐ 配慮あり

（※配慮内容）

E その他の配慮・管理事項

※

6 緊急時連絡先を記入してください。

連絡順位	氏 名	(続柄等)	電 話 番 号	特 記 事 項
1		()		
2		()		
3		()		

7 食物アレルギーに関する医療機関の情報を記入してください。

医 療 機 関 名		電 話 番 号	
診 療 科		主 治 医	
番 号	力 ル テ 診 察 券	緊急時の受け入れ	可 ・ 不可

8 上記7で緊急時の受け入れが不可である時や他に搬送する医療機関がある場合の情報を記入してください。
な お 、 ご 記 入 い た だ い た 医 療 機 関 に 搬 送 で き な い 場 合 が あ り ま す 。

医 療 機 関 名		電 話 番 号	
診 療 科		主 治 医	
番 号	力 ル テ 診 察 券		

(学校記入欄)

面 談 日 時	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
出席者	保護者() 校長 / 副校長 / 担任 / 学年主任 / 養護教諭 / 栄養教諭・栄養士

事務処理点検欄	日 時	担 当 者 名
(初回) 写しの送付		
(変更) 写しの送付		