

令和 年度 高松市立 学校 面談記録票

面談年月日	令和 年 月 日	面談出席者		
学校名		児童生徒氏名	年 組	
面談者氏名	続柄 () 続柄 ()			

1 受診などの状況

通院している医療機関	<input type="checkbox"/> なし (※通院していない場合は注意が必要) <input type="checkbox"/> あり 医療機関名：() 主治医名：()
アナフィラキシーや アナフィラキシーショック の既往	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (※リスクありの場合は注意が必要) 原因食物 (※多種類にわたる場合は注意が必要) <input type="checkbox"/> 卵 (<input type="checkbox"/> 加熱 <input type="checkbox"/> 生・半熟) <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> クルミ <input type="checkbox"/> カシューナッツ <input type="checkbox"/> エビ・カニ 上記以外の場合：()
エピペン®	<input type="checkbox"/> なし (※アナフィラキシー既往あるがエピペンがない場合は注意が必要) <input type="checkbox"/> あり (本)
エピペン®使用歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 1回 (使用時期： 年 月) <input type="checkbox"/> 2回以上 (最終使用時期： 年 月)
エピペン®以外の処方薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 抗ヒスタミン薬 (種類：) <input type="checkbox"/> ステロイド薬 (種類：) <input type="checkbox"/> セレスタミン® (抗ヒスタミン+ステロイド) <input type="checkbox"/> 吸入の気管支拡張薬 (種類：) <input type="checkbox"/> エアージェル (吸入補助器具： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> ドライパウダー製剤 <input type="checkbox"/> ネブライザー <input type="checkbox"/> 内服の気管支拡張薬 (種類：)

2 原因食品と誘発症状

※「微量も不可」にチェックがある場合、完全弁当対応を考慮してください。

No. 1

原因食品	摂取可能量 / 具体的な症状	備考 (※)
	<p>摂取可能量： <input type="checkbox"/> なし ある場合 ()</p> <p>摂取すると出現する可能性のある症状：</p> <p><input type="checkbox"/> 皮膚粘膜症状 (<input type="checkbox"/> 局所的 <input type="checkbox"/> 全身的)</p> <p><input type="checkbox"/> 呼吸器症状 (<input type="checkbox"/> 軽い咳 <input type="checkbox"/> 持続する咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴・呼吸困難)</p> <p><input type="checkbox"/> 消化器症状 (<input type="checkbox"/> 軽い腹痛・嘔吐・下痢 <input type="checkbox"/> 強い腹痛・嘔吐・下痢)</p> <p><input type="checkbox"/> 循環器症状 (<input type="checkbox"/> 血圧低下 <input type="checkbox"/> 意識障害)</p>	<p><input type="checkbox"/> 微量も不可</p> <p><input type="checkbox"/> アナフィラキシー 既往あり</p>
	<p>摂取可能量： <input type="checkbox"/> なし ある場合 ()</p> <p>摂取すると出現する可能性のある症状：</p> <p><input type="checkbox"/> 皮膚粘膜症状 (<input type="checkbox"/> 局所的 <input type="checkbox"/> 全身的)</p> <p><input type="checkbox"/> 呼吸器症状 (<input type="checkbox"/> 軽い咳 <input type="checkbox"/> 持続する咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴・呼吸困難)</p> <p><input type="checkbox"/> 消化器症状 (<input type="checkbox"/> 軽い腹痛・嘔吐・下痢 <input type="checkbox"/> 強い腹痛・嘔吐・下痢)</p> <p><input type="checkbox"/> 循環器症状 (<input type="checkbox"/> 血圧低下 <input type="checkbox"/> 意識障害)</p>	<p><input type="checkbox"/> 微量も不可</p> <p><input type="checkbox"/> アナフィラキシー 既往あり</p>
	<p>摂取可能量： <input type="checkbox"/> なし ある場合 ()</p> <p>摂取すると出現する可能性のある症状：</p> <p><input type="checkbox"/> 皮膚粘膜症状 (<input type="checkbox"/> 局所的 <input type="checkbox"/> 全身的)</p> <p><input type="checkbox"/> 呼吸器症状 (<input type="checkbox"/> 軽い咳 <input type="checkbox"/> 持続する咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴・呼吸困難)</p> <p><input type="checkbox"/> 消化器症状 (<input type="checkbox"/> 軽い腹痛・嘔吐・下痢 <input type="checkbox"/> 強い腹痛・嘔吐・下痢)</p> <p><input type="checkbox"/> 循環器症状 (<input type="checkbox"/> 血圧低下 <input type="checkbox"/> 意識障害)</p>	<p><input type="checkbox"/> 微量も不可</p> <p><input type="checkbox"/> アナフィラキシー 既往あり</p>
	<p>摂取可能量： <input type="checkbox"/> なし ある場合 ()</p> <p>摂取すると出現する可能性のある症状：</p> <p><input type="checkbox"/> 皮膚粘膜症状 (<input type="checkbox"/> 局所的 <input type="checkbox"/> 全身的)</p> <p><input type="checkbox"/> 呼吸器症状 (<input type="checkbox"/> 軽い咳 <input type="checkbox"/> 持続する咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴・呼吸困難)</p> <p><input type="checkbox"/> 消化器症状 (<input type="checkbox"/> 軽い腹痛・嘔吐・下痢 <input type="checkbox"/> 強い腹痛・嘔吐・下痢)</p> <p><input type="checkbox"/> 循環器症状 (<input type="checkbox"/> 血圧低下 <input type="checkbox"/> 意識障害)</p>	<p><input type="checkbox"/> 微量も不可</p> <p><input type="checkbox"/> アナフィラキシー 既往あり</p>

原因食品	摂取可能量 / 具体的な症状	備考 (※)
	<p>摂取可能量： <input type="checkbox"/> なし ある場合 ()</p> <p>摂取すると出現する可能性のある症状：</p> <p><input type="checkbox"/> 皮膚粘膜症状 (<input type="checkbox"/> 局所的 <input type="checkbox"/> 全身的)</p> <p><input type="checkbox"/> 呼吸器症状 (<input type="checkbox"/> 軽い咳 <input type="checkbox"/> 持続する咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴・呼吸困難)</p> <p><input type="checkbox"/> 消化器症状 (<input type="checkbox"/> 軽い腹痛・嘔吐・下痢 <input type="checkbox"/> 強い腹痛・嘔吐・下痢)</p> <p><input type="checkbox"/> 循環器症状 (<input type="checkbox"/> 血圧低下 <input type="checkbox"/> 意識障害)</p>	<p><input type="checkbox"/> 微量も不可</p> <p><input type="checkbox"/> アナフィラキシー 既往あり</p>
	<p>摂取可能量： <input type="checkbox"/> なし ある場合 ()</p> <p>摂取すると出現する可能性のある症状：</p> <p><input type="checkbox"/> 皮膚粘膜症状 (<input type="checkbox"/> 局所的 <input type="checkbox"/> 全身的)</p> <p><input type="checkbox"/> 呼吸器症状 (<input type="checkbox"/> 軽い咳 <input type="checkbox"/> 持続する咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴・呼吸困難)</p> <p><input type="checkbox"/> 消化器症状 (<input type="checkbox"/> 軽い腹痛・嘔吐・下痢 <input type="checkbox"/> 強い腹痛・嘔吐・下痢)</p> <p><input type="checkbox"/> 循環器症状 (<input type="checkbox"/> 血圧低下 <input type="checkbox"/> 意識障害)</p>	<p><input type="checkbox"/> 微量も不可</p> <p><input type="checkbox"/> アナフィラキシー 既往あり</p>
	<p>摂取可能量： <input type="checkbox"/> なし ある場合 ()</p> <p>摂取すると出現する可能性のある症状：</p> <p><input type="checkbox"/> 皮膚粘膜症状 (<input type="checkbox"/> 局所的 <input type="checkbox"/> 全身的)</p> <p><input type="checkbox"/> 呼吸器症状 (<input type="checkbox"/> 軽い咳 <input type="checkbox"/> 持続する咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴・呼吸困難)</p> <p><input type="checkbox"/> 消化器症状 (<input type="checkbox"/> 軽い腹痛・嘔吐・下痢 <input type="checkbox"/> 強い腹痛・嘔吐・下痢)</p> <p><input type="checkbox"/> 循環器症状 (<input type="checkbox"/> 血圧低下 <input type="checkbox"/> 意識障害)</p>	<p><input type="checkbox"/> 微量も不可</p> <p><input type="checkbox"/> アナフィラキシー 既往あり</p>
	<p>摂取可能量： <input type="checkbox"/> なし ある場合 ()</p> <p>摂取すると出現する可能性のある症状：</p> <p><input type="checkbox"/> 皮膚粘膜症状 (<input type="checkbox"/> 局所的 <input type="checkbox"/> 全身的)</p> <p><input type="checkbox"/> 呼吸器症状 (<input type="checkbox"/> 軽い咳 <input type="checkbox"/> 持続する咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴・呼吸困難)</p> <p><input type="checkbox"/> 消化器症状 (<input type="checkbox"/> 軽い腹痛・嘔吐・下痢 <input type="checkbox"/> 強い腹痛・嘔吐・下痢)</p> <p><input type="checkbox"/> 循環器症状 (<input type="checkbox"/> 血圧低下 <input type="checkbox"/> 意識障害)</p>	<p><input type="checkbox"/> 微量も不可</p> <p><input type="checkbox"/> アナフィラキシー 既往あり</p>

3 学校給食における対応希望

<input type="checkbox"/> 給食すべての停止（完全弁当対応）	
<input type="checkbox"/> 給食の一部停止	停止する区分 <input type="checkbox"/> 飲用牛乳 <input type="checkbox"/> 主食 <input type="checkbox"/> 副食
<input type="checkbox"/> 本人が除いて食べる（詳細な献立表対応）	除去する食品 (
<input type="checkbox"/> 除去食対応	除去する食品 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 大麦 <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> かに <input type="checkbox"/> いか
<input type="checkbox"/> 詳細献立表の配布	
<input type="checkbox"/> 加工食品等アレルギー一覧表の配布	

除去食対応していない学校はこの行を削除

品目は学校によって変える

※備考欄