

保護者面談確認表 [児童生徒名： 年 組] 様式 4

記入年月日 年 月 日

出席者	保護者：	学校：
-----	------	-----

1 アナフィラキシー発症状況の確認 (※アナフィラキシー「あり」の場合)

- 回数 (回) 最後の発症年月 (年 月 日) 発症の原因食物 ()
- 発症時の具体的な症状 ()
- 医師から注意するように言われている症状 ()
- アナフィラキシーショックの有無 (有 ・ 無)

2 児童生徒自身で、緊急時に備えた処方薬の管理ができるかどうかの確認

※学校生活管理指導表の「病型・治療」D緊急時に備えた処方薬で1～3のいずれかに○がついている場合

- いいえ ⇨ (保護者との協議内容)
- はい

3 学校生活上の留意点

※「学校生活上の留意点」にて「保護者と相談し決定」に○がついている場合

<input type="checkbox"/> 1 給食の対応
<input type="checkbox"/> 2 食物・食材を扱う授業・教材
<input type="checkbox"/> 3 運動 (体育・部活動等)
<input type="checkbox"/> 4 宿泊を伴う校外活動
<input type="checkbox"/> 5 その他の配慮事項・管理事項

4 緊急時連絡先

- 通院している医療機関 —————→ 【 緊急時受入：可・不可 】
 (機関名： 診察科： 担当医名： 電話)
- 緊急時に搬送できる医療機関
 (機関名： 診察科： 担当医名： 電話)
- 保護者連絡先 (第1) (第2)

5 その他 保護者との協議事項