

## 校外活動における食物アレルギーチェック表

年 組 名前

【原因食物】

## (施設側への確認事項)

食事の配慮について	
<input type="checkbox"/>	事前に宿泊先や施設に対して食物アレルギー対応が必要な児童生徒等の情報提供のうえ、対応ができるかどうかを確認したか。
	【除去対応できる場合】
<input type="checkbox"/>	どこまでの対応が可能かを確認したか。 〔 <input type="checkbox"/> アレルゲンを含む献立の除去 / <input type="checkbox"/> 代替食対応 / <input type="checkbox"/> その他 ( )〕
<input type="checkbox"/>	全ての食事において献立名・原材料を確認したか。(自由行動時含む)
	<input type="checkbox"/> 原材料一覧を取り寄せた。
	<input type="checkbox"/> 取り寄せた原材料一覧について、保護者、本人、学級担任、栄養教諭、養護教諭等と確認した。
<input type="checkbox"/>	厨房内での混入の可能性について確認したか。
<input type="checkbox"/>	当日の配席について確認したか。
その他の配慮について	
<input type="checkbox"/>	アレルゲンに触れる活動の有無について確認したか。(そば打ち、パン作り、魚をさばいて試食 など)
	<input type="checkbox"/> 有る場合は、活動内容の変更や当該児童生徒等分の活動について協議したか。
<input type="checkbox"/>	そばがら枕を使用していないか。
	<input type="checkbox"/> そばがら枕を使用している場合は、全員分の交換を依頼したか。

## (校内での確認事項)

食事の配慮について	
<input type="checkbox"/>	除去食の内容、配席について保護者、本人及び校外学習に関わる全ての教職員と情報共有したか。
間食の配慮について	
<input type="checkbox"/>	移動中の喫食について確認したか。(新幹線乗車中等、救急搬送が行えない場所での喫食等について)
<input type="checkbox"/>	場合によっては、保護者がお菓子の原材料を確認したか確認する。
緊急時対応について	
<input type="checkbox"/>	エピペン <sup>®</sup> 、内服薬の管理方法を保護者、本人及び学校医、主治医と協議したか。
	<input type="checkbox"/> 医師の紹介状(診療情報提供書)を持参するか相談したか。
<input type="checkbox"/>	決定したエピペン <sup>®</sup> 、内服薬の管理方法を保護者、本人及び校外学習に関わる全ての教職員と共有したか。 *エピペン <sup>®</sup> を学校で管理する場合は、特定の教職員が児童生徒等と行動を共にすること。
<input type="checkbox"/>	緊急時の対応を保護者、本人及び校外活動に関わる全ての教職員と確認・共有したか。
	<input type="checkbox"/> 緊急時の連絡先を保護者に確認したか。
	<input type="checkbox"/> 緊急時の搬送先の病院を確認したか。
	<input type="checkbox"/> 緊急時の役割分担を確認したか。