**宿泊を伴う活動に関するチェックリスト（例）**

|  |  |
| --- | --- |
| **児童生徒** | |
| 年　　組 | ○○　　○○　　　　（男・女）　　　生年月日：　　　年　　　　月　　　　日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **アレルギー情報** | | | |
| 原因食物  （病型） |  | かかりつけ  医療機関  （連絡先） |  |
| 内服薬 | 無・有（　　　　　　　　　　　） | エピペン | 無　　・　　有 |

【チェックリスト】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **確認項目** | | **確認日** | **確認者** | **備考** |
| **１** | 食事の確認  （内容・代替食等） | 昼食会場①（　　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |
| 宿泊場所①（夕食：　　　　　　　　　　）  （朝食：　　　　　　　　　　） |  |  |  |
| 昼食会場②（　　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |
| 宿泊場所②（夕食：　　　　　　　　　　）  （朝食：　　　　　　　　　　） |  |  |  |
| 昼食会場③（　　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |
| **２** | アレルゲンに関係  する活動及び宿泊設備等 | 無 |  |  |  |
| 有⇒注意事項等の事前確認 |
| **３** | 持参薬 | 無 |  |  |  |
| 有⇒服薬時間、管理方法等の事前確認 |
| **４** | エピペン®持参 | 無 |  |  |  |
| 有⇒管理方法の事前確認（管理場所：　　） |
| **５** | 緊急時対応内容 | |  |  |  |
| **６** | 搬送医療機関 | 行程①（　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |
| 行程②（　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |
| **７** | 全行程の活動についての本人及び保護者との確認 | |  |  |  |
| **８** | 引率教職員への確認 | |  |  |  |
| **９** | 主治医への確認 | |  |  |  |
| **10** | 旅行会社への確認 | |  |  |  |