

(例)

# 個別支援プラン（食物アレルギー）

表面

作成日 年 月 日

名前	( )年( )組( )番 名前( )
生年月日	年 月 日生

食物アレルギーの病型 ※学校生活管理指導表より該当するもの	<input type="checkbox"/> 即時型 <input type="checkbox"/> 口腔アレルギー症候群 <input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー			
原因食品				
除去の程度				
発症時の症状				
頻度	番号で記入する(①必ず出る ②ほとんど出る ③時々出る ④ほとんど出ない)			
アナフィラキシー既往歴	有 ・ 無			
緊急時の処方薬	薬剤		管理方法	
	<input type="checkbox"/> 内服薬 (薬品名: )		<input type="checkbox"/> 本人 (保管場所) <input type="checkbox"/> その他( )	
	<input type="checkbox"/> 「エピペン」(アドレナリン自己注射薬)		<input type="checkbox"/> 本人 (保管場所) <input type="checkbox"/> その他( )	
<input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 本人 (保管場所) <input type="checkbox"/> その他( )		
薬剤使用時の留意事項				
学校生活における留意点	運動			
	授業			
	行事			
	食事給食	(給食については裏面に詳細を記入)		
	その他			

※緊急時連絡先等は「食物アレルギー緊急時個別対応カード」に記載

学校における日常の取組および緊急時の対応に活用するため、記載された内容を教職員全員で共有することに同意します。

令和 年 月 日 保護者名

印

## 個別支援プラン（食物アレルギー）

裏面

## 学校給食における対応決定事項

	決定（年 月 日）	決定（年 月 日）	決定（年 月 日）
給食停止等	弁当持参・牛乳停止 パン停止・ごはん停止	弁当持参・牛乳停止・パ ン停止・ごはん停止	弁当持参・牛乳停止 パン停止・ごはん停止
除去食対応	除去する食品	除去する食品	除去する食品
代替食対応			
その他			

## 学校での様子

	年 月 日	年 月 日	年 月 日
症状			
経過措置			
その他			

## その他・特記事項等面談記録

面談日	特記事項	最終診察日
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		