【様式３】

**個別の取組プラン（食物アレルギー以外）（例）**

**（アトピー性皮膚炎・アレルギー性結膜炎・アレルギー性鼻炎・気管支ぜん息など）**

作成日：　　　　年　　月　　日

|  |
| --- |
| 年　　　　組　　　　番 |
| ふりがな氏　　名 | （性別：男・女） |
| 生年月日 | 　平成　　　年　　　月　　日生 |

|  |  |
| --- | --- |
| 学校長印 |  |
| 保護者印 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 基礎疾患又は原因物質 |  |
| 発症時の症状 | ※アナフィラキシーの有無　　□あり　　□なし |
| 緊急時の対応 | □保護者に連絡する　□救急車要請　□処方薬あり　□その他 |
| ＜詳細＞ |
| 薬剤使用時の留意事項 | 使用薬剤 |  |
| 保管方法 | □本人保管（保管場所：　　　　　　　　　　　）□学校保管（保管場所：　　　　　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 使用上の留意点 |  |
| 学校生活における留意点 | Ａ．給食 |
| Ｂ．食物・食事を扱う授業・活動 |
| Ｃ．運動（体育・部活動等） |
| Ｄ．宿泊を伴う校外活動 |
| Ｅ．その他の配慮・管理事項 |

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

　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日　　保護者署名