【様式４】

**個別の取組プラン（食物アレルギー）（例）**

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 |  |
| 調理場長印 |  |
| 保護者印 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 食物アレルギーの病型 | □　即時型□　口腔アレルギー症候群□　食物依存性運動誘発アナフィラキシー |
| 原因食物 |  |  |  |
| 発症時の症状 |  |  |  |
| 頻　　度 | 必ず・ほとんど・時々 | 必ず・ほとんど・時々 | 必ず・ほとんど・時々 |
| アナフィラキシー既往歴 | □あり　→　　回　　　数：　　　回最後の発症：　　　年　　　月原　　　因：□なし |
| 緊急時に備えた処方薬 | 薬剤 | 管理方法 | 保管場所 |
| □内服薬 | □本人　□その他（　　　　） |  |
| □「エピペン®」 | □本人　□その他（　　　　） |  |
| □その他（　　　　　） | □本人　□その他（　　　　） |  |
| 薬剤使用時の留意事項 |  |
| 学校生活における留意点 | Ａ．食物・食事を扱う授業・活動 |
| Ｂ．運動（体育・部活動等） |
| Ｃ．宿泊を伴う校外活動 |
| Ｄ．その他の配慮・管理事項 |
| 学校給食の対応 | 調理場における対応 | 原因食物（アレルゲン） | 対応方法※ | 対応の詳細 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 学校における対応 | 自力除去 |  |
| 弁当管理 |  |
| 除去食・代替食の受け渡し |  |
| 食後の見守り |  |
| 緊急時 |  |
| その他※おかわり、給食当番等についても記載する。 |  |

　※対応方法：①詳細な献立表対応　②一部弁当持参　③完全弁当持参　④除去食提供対応

　　　　　　　⑤代替食対応　⑥対応なし　⑦その他

　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

　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