【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