



(記入例)

個別支援プラン (食物アレルギー)

学 年	1年 3組	2年 1組	3年 組	4年 組	5年 組	6年 組
確認日	H27年4月15日	H28年4月7日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
保護者 印						

名 前	ふりがな (○○ ○○○) 名 前 (○○ ○○)
生年月日	西暦 2010年 6月 5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 checked="" 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ラキシー				
原 因 食 品	卵	牛乳・乳製品			
学校対応 (除 去の程度)	給食：完全除 去	給食：完全除 去			
発症時の症状	アナフラキシー ショック	じんましん・腹痛			
アナフラキシー既往歴	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無				
緊急時の 処方薬	薬 剤		管 理 方 法		
	<input checked="" type="checkbox"/> 内服薬 (薬品 セレスタミン)		<input checked="" type="checkbox"/> 本人 (保管場所 ランドセル) <input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他 (職員室)		
<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	蕁麻疹・喘鳴が出たら直ぐに抗ヒスタミン剤を飲ませる。保護者に連絡し、必要に応じてエピペンを使用后、救急車で病院へ。				
学校生活にお ける留意点	運動	問題なし。			
	授業	乳飲料の容器やお菓子の箱を使う図工や生活科の授業。			
	行事	食品を扱う場合は、保護者に使用食材を提示し確認をとる。(野外活動・修学旅行)			
	食事 給食	給食当番時の配慮： 乳・卵を使用したおかずが入った食缶の扱い。 <small>(給食については裏面に詳細を記入)</small>			
	その他	牛乳が手や皮膚についたらすぐに流水で洗い流す。			

*緊急時連絡先は「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。

平成 27年 4月 15日 保護者名 ○○ ○○

(記入例)

個別支援プラン（食物アレルギー）

学校給食における対応決定事項

	決定（27年4月12日）	決定（年 月 日）	決定（年 月 日）
給食停止	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	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 パン（パンの日は持参） 卵 牛乳・乳製品	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

	H28年6月15日	年 月 日	年 月 日
症状	吐き気		
経過措置	セレスタミン服用 30 分後、症状回復。保護 者来校後、受診。		
その他	生活科の授業で調理 した卵入りスイート ポテトを、一口食べて しまった。		

その他・特記事項等面談記録

面談日	特記事項	最終診察日
27年 4月 3日	卵・牛乳・乳製品については完全除去。 運動誘発性アナフラキシーは経験なし	25年 3月 28日
28年 4月 10日	病院で卵の負荷検査を実施したが、症状が出 たため断念。引き続き除去対応。	27年 3月 25日
年 月 日		
年 月 日		