

個別支援プラン（食物アレルギー）

学 年	1 年 組	2 年 組	3 年 組
確認日	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 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ラキシー					
原 因 食 品						
学 校 対 応 (除去の程度)						
発症時の症状						
アナフラキシー既往歴	有 ・ 無					
緊急時の 処方薬	薬 剤			管 理 方 法		
	<input type="checkbox"/> 内服薬（薬品）			<input type="checkbox"/> 本人（保管場所） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	<input type="checkbox"/> 「エビペン [®] 」（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

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（年 月 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	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		