

(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
確認日	R4年 4月 15日	R5年 4月 7日	年 月 日
保護者 印	印	印	

名 前	ふりがな (○○ ○○○) 名 前 (○○ ○○)
生年月日	西暦 2009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	(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技術家庭科の授業。			
	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。

令和4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（R4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

	R4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
R4年4月8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	R4年3月28日
R5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。	R5年3月25日
年 月 日		
年 月 日		