

## 個別支援プラン（食物アレルギー）

決 定 年 月 日 学 校 名

保護者確認 年 月 日 保護者名

名 前	年 組 番 フリガナ 名前			
生年月日	平成・令和          年          月          日			
食物アレルギーの病型	<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ィラキシー			
原因食物と 発症時の症状	原因食物	発症時の症状		
アナフィラキシー の既往・病型	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり： <input type="checkbox"/> 食物（原因：                                 ） <input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー（原因：                                 ）			
緊急時処方薬	薬剤	管理方法・保管場所		
	<input type="checkbox"/> 内服薬（                                 ）	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他（保管場所                                 ）		
	<input type="checkbox"/> 「エピペン®」（アドレナリン自己注射薬）	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他（保管場所                                 ）		
	<input type="checkbox"/> その他（                                 ）	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他（保管場所                                 ）		
	使用時の留意事項：			
学校生活における留意点	給食	給食を <input type="checkbox"/> 提供する <input type="checkbox"/> 提供しない <input type="checkbox"/> アレルギー献立表の提供（学校の支援は <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要） <input type="checkbox"/> 家庭から弁当持参： <input type="checkbox"/> 該当する献立の除去： <input type="checkbox"/> アレルギー対応食の提供： <input type="checkbox"/> その他：		
	食物・食材を扱う授業・活動	<input type="checkbox"/> 対応あり： <input type="checkbox"/> 特になし		
	運動	<input type="checkbox"/> 対応あり： <input type="checkbox"/> 特になし		
	宿泊を伴う校外行事	<input type="checkbox"/> 対応あり： <input type="checkbox"/> 特になし		
	その他	<input type="checkbox"/> 対応あり： <input type="checkbox"/> 特になし		
医療機関		医療機関名・住所	医師名	電話番号
	主治医			
	緊急時			

## 個別支援プラン（食物アレルギー）（面談記録等）

次の事項は必要に応じて記録します。

### その他特記事項等面談記録

面談日	特 記 事 項	備考（面談者等）
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		

### 学校での様子

	年 月 日	年 月 日	年 月 日
症 状			
経過措置			
その他			