

食物アレルギー対応個別支援プラン（案・決定）

平成 年 月 日

年 組

氏名（ふりがな）	性別	生年月日
	男・女	平成 年 月 日（ 歳）

校長印	保護者印

◆食物アレルギーの病型 該当するものを○でかこんで内容を記入してください。

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	原因食物	原因食物

◆アナフィラキシー病型 該当するものを○でかこんで内容を記入してください。

原因食物	食物依存性運動誘発 アナフィラキシー	運動誘発 アナフィラキシー	昆虫	医薬品	その他
卵・乳・小麦・そば・えび かに・ピーナッツ・キウイ ナッツ（ ） その他（ ）	給食後の運動制限 あり なし	制限する運動	種類	薬品名	

◆学校給食における対応内容

給食の原材料を詳細に記入した献立表の配付	あり なし	備考
弁当（代替食）の持参	あり なし	備考
飲用牛乳の停止	あり なし	備考
除去食の実施 （1）給食に食物アレルギーの原因となる （ ）が 含まれる場合は、可能な範囲で給食室で除去します。 （2）給食に食物アレルギーの原因となる （ ）が 含まれる場合は、本人が除去します。	あり なし	備考

アレルギー症状と対応 ①服薬②連絡③救急要請④その他
唇、まぶたの腫れやかゆみ
じんましん
咳
激しい咳き込み
その他（ ）
かかりつけ医
連絡先
緊急時に搬送を希望する医療機関 名称
連絡先
保護者連絡先

◆学校生活上の配慮と対応

食物を扱う授業・活動	
運動	
宿泊を伴う校外活動	
持参薬の管理、対応	
エピペンの保管、対応	

※学校における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、記載された内容を全教職員で共有することに同意します。

保護者署名： _____