

個別の取組プラン（案・決定）

取組プラン案作成日 年 月 日  
 取組プラン決定日 年 月 日  
 保護者説明・協議日 年 月 日

食物アレルギー対応の実施にあたり、下記1～3について同意します。

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

- 1 「個別の取組プラン」【様式6】「緊急時個別対応マニュアル」【様式7】の内容に基づいて学校での対応を行うこと。
- 2 学校における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、「個別の取組プラン」及び「緊急時個別対応マニュアル」の内容を全ての教職員で共有すること。
- 3 他の児童生徒の理解と協力を得るために、食物アレルギー対応の内容を学級で説明すること。

学校	年 組	性別	男・女	ふりがな 児童生徒氏名	
保護者氏名			生年 月日	年 月 日( 歳)	
自宅 電話番号		自宅以外の 緊急 連絡先	①(携帯・勤務先・他)氏名: (続柄 ) 電話番号		
			②(携帯・勤務先・他)氏名: (続柄 ) 電話番号		
主治医	医療機関名( ) 診療科( ) 主治医名( ) 電話番号				

アレルギーを起こす原因食品

※ I II IIIは、下の記号を記入

アレルゲン	具体的な食品名等	I 診断根拠	II 症状	III 給食対応
卵				
牛乳、乳製品				
I 診断根拠	II 症状	III 給食対応		
① 明らかな症状の既往	A 発赤、じんま疹など即時型皮膚症状	ア 無配膳対応		
② 食物負荷試験陽性	B 湿疹など遅発型皮膚症状	イ 除去食提供対応		
③ IgE抗体など検査結果陽性	C 口腔・粘膜症状	ウ 一部弁当持参		
	D 咳、ぜん鳴など呼吸器症状	エ 完全弁当持参		
	E 腹痛、嘔吐など消化器症状	※除去は、卵、乳に限り対応		
	F アナフィラキシーショック症状	※そば、かに、落花生は、給食で提供しない		

発作時の対応	発作時の対応手順	保護者確認後使用 (治療薬 )、保護者確認なしで使用 (治療薬 )	
	治療薬	①抗ヒスタミン薬 (内服)	薬名 ( ) 使うべき症状 (じんましん・かゆみ・紅斑) 学校に携帯 (保管場所 )・保護者所持・処方なし
		②ステロイド (内服)	薬名 ( ) 使うべき症状 (症状が続くとき) 学校に携帯 (保管場所 )・保護者所持・処方なし
		③気管支拡張薬 (内服・吸入)	薬名 ( ) 使うべき症状 (咳・ゼイゼイ・息苦しき) 学校に携帯 (保管場所 )・保護者所持・処方なし
		④エピペン®	使うべき症状 ( ) 学校に携帯 (保管場所 )・保護者所持・処方なし
学校生活上の留意点	対 応 内 容		
	学校給食 (当番、白衣等)	管理不要 ・ 要 ( )	
	食品を扱う授業・活動	配慮不要 ・ 要 ( )	
	運動 (体育・部活動等)	管理不要 ・ 要 ( )	
	校外活動 (宿泊を含む)	配慮不要 ・ 要 ( )	
	その他の配慮・管理事項		
学校給食の対応 有・無	対 応 内 容		
	詳細な献立表	不要 ・ 要 ( )	
	無配膳対応	不要 ・ 要 (アレルギー: )	
	除去食提供対応	不要 ・ 要 (アレルギー: 乳 ・ 卵 )	
	弁当持参	無 ・ 一部弁当 (アレルギー: ) ・ 完全弁当 (アレルギー: ) 保管方法 ( )	
	食物アレルギー対応 確認表	不要 ・ 要 ( )	
	献立変更時の連絡	不要 ・ 要 ( )	
	その他		
過去の発作 症状と対応	( ) 歳 原因食品 ( ) 食後 ( ) 分 アナフィラキシー 有・無 状況と症状 ( ) 対応 ( )		
その他・特記事項 *要記入年月日			