（様式４　表面）

**個別支援プラン（食物アレルギー）（例）**

作成日　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 名前 | （　　　）年（　　　）組（　　　）番　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 生年月日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | □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 |
| 原因食品 |  |  |  |  |
| 除去の程度 |  |  |  |  |
| 発症時の症状 |  |  |  |  |
| 頻度 |  |  |  |  |
| 番号で記入する（①必ず出る　　②ほとんど出る　　③時々出る） |
| アナフィラキシー既往歴 | 有　・　無 |
| 緊急時処方薬 | 薬剤 | 管理方法 |
| □内服薬（薬品名：　　　　） | □本人（保管場所　　　　　）□その他（　　　　　　　） |
| □「エピペン」（アドレナリン自己注射薬） | □本人（保管場所　　　　　）□その他（　　　　　　　） |
| □その他（　　　　　　　　） | □本人（保管場所　　　　　）□その他（　　　　　　　） |
| 薬剤使用時の留意事項 |  |
| 学園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 |  |

※緊急時連絡先等は「食物アレルギー緊急時個別対応カード」に記載

学園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。

　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日　　　保護者名　　　　　　　　　　　印

（様式４　裏面）

**個別支援プラン（食物アレルギー）（例）**

給食における決定事項

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 決定（ 年 月 日） | 決定（ 年 月 日） | 決定（ 年 月 日） |
| レベル１詳細な献立表対応 |  |  |  |
| レベル２弁当対応 | 完全弁当対応一部弁当対応（　　　　） | 完全弁当対応一部弁当対応（　　　　） | 完全弁当対応一部弁当対応（　　　　） |
| その他 |  |  |  |

学園での様子

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 　　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 |  |  |