（様式５）

**個別支援プラン（食物アレルギー以外）（例）**

作成日　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 名　　前 | （　　）年（　　）組（　　）番　（　　　　　　　　）性別（　　　） |
| 生年月日 | 平成　　年　　月　　日生 |
| 保護者名 |  |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 原因物質 | |  | | | | | | |
| 発症時の症状 | | アナフィラキシーの有無　　□あり　　　□なし | | | | | | |
| 発症時の症状 | | | | | | |
| 緊急時の対応 | | □保護者に連絡する　　□救急車要請　　□処方薬あり　□その他（　　　　　） | | | | | | |
| 詳細 | | | | | | |
| 学園生活における  留意点 | | 運動 |  | | | | | |
| 行事 |  | | | | | |
| その他 |  | | | | | |
| 薬剤使用時の  留意事項 | | 使用薬剤 |  | | | | | |
| 管理方法 | □本人（保管場所：　　　　　）□その他（　　　　　　） | | | | | |
| 使用上の  留意点 |  | | | | | |
| 保護者記入欄 | 緊急連絡先 | 名　　前 | | | 続　柄 | 電話番号（○をつけてください） | | |
|  | | |  | （自宅・携帯・職場） | | |
|  | | |  | （自宅・携帯・職場） | | |
|  | | |  | （自宅・携帯・職場） | | |
| 医療機関連絡先 | 病院名（診療科） | | 主治医名 | | | 電話番号 | カルテNOなど |
|  | |  | | |  |  |
|  | |  | | |  |  |
|  | |  | | |  |  |

　学園における日常の取り組み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