**食物アレルギー　個別の取組プラン（例）**

|  |  |
| --- | --- |
| **児童生徒氏名** | **生年月日** |
| 　年　組 | ○○　　○○　　（男・女） | 平成　　年　　月　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 保護者確認日 | 年　　月　　日 |
| 保護者サイン |  |
| 学校長サイン |  |

|  |
| --- |
|  **学校生活管理指導表による情報** |
| **病型（原因食物）** | 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･･･（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **処方薬（内服薬等）** | 　　無　・　有　　⇒〔薬品名：　　　　　　　　　　　服用時期：　　　　　　　　　　　〕　 |
| **エピペン**®**処方** | 無　・　有　　⇒ | **保管場所** |  |
| **緊急時連絡先** | 保護者 | ①〔　　　　　　　　　　　　　　　〕②〔　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| 医療機関 |  |
| 消防署への情報提供：　無　　・　　有 |

【**学校における配慮・対応**】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **項目** | **具体的な配慮・対応** | **評価** |
| **給食（寮の食事）** |  |  |
| **食物・食材を扱う****活動や授業** |  |  |
| **運動（体育・部活動）** |  |  |
| **宿泊を伴う活動** |  |  |
| **クラブ・委員会・****部活動** |  |  |
| **他の児童生徒に****対する指導** |  |  |
| **他の保護者に****対する説明** |  |  |
| **持参薬の管理** |  |  |
| **エピペンの管理** |  |  |
| **その他** |  |  |