

食物アレルギー個別取組プラン（案・決定）

確認者	校長	教頭	担任	養護教諭	栄養教職員	
印						

記入日 令和 年 月 日

協議日 令和 年 月 日

年	組	氏名	性別	生年月日	保護者氏名
				年 月 日	

I 原因食品名

ご確認いただき、この対応でよろしければ保護者名をご記入ください。

II 食物アレルギー病型	
	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

III アナフィラキシー病型	
	食物によるアナフィラキシー
	食物依存性運動誘発アナフィラキシー
	その他 ()

* I～IIIは、医師が作成するアレルギー疾患用学校生活管理表を基に、○印及び原因食品を記入すること。

学校給食の対応	
	レベル1 (詳細な献立表対応)
	レベル2 (弁当対応)
	レベル3 (除去食対応)
	レベル4 (代替え食対応)

* 人員や設備の充実度、作業ゾーンなどの状況に応じて対応を検討し○印をすること。

学校での配慮	チェック項目		具体的な配慮と対応	
	給食	給食の選択について (除去する食品や内容 等)		
	調理実習や食物を扱う活動・授業	微量の摂取や接触による発症防止について		
	運動 (体育・部活動など)	運動誘発アナフィラキシー		
		食物依存性運動誘発アナフィラキシー		
	校外活動・宿泊活動	事前に確認すること		
	緊急時に備えての持参薬やエピペンについて	持参薬	薬品名	
		エピペン	管理方法 保管場所	

《緊急連絡先》

通院している医療機関		電話番号	
保護者連絡先①	(氏名) (続柄)	電話番号	
保護者連絡先②	(氏名) (続柄)	電話番号	