

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		記入日	令和	年	月	日
印							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

ご確認ください、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	III アナフィラキシー病型	* 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
即時型	食物によるアナフィラキシー		レベル1 (詳細な献立表対応)
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		レベル2 (弁当対応)
食物依存性運動誘発アナフィラキシー	その他 ()		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	