

(様式9)

## 食物アレルギー個別取組プラン（案・決定）

確認者	校長	教頭	養護教諭	栄養教諭 栄養職員	担任	
印						

記入日 令和 年 月 日

協議日 令和 年 月 日

	氏名	性別	生年月日	保護者氏名
年組		男・女	平成 年 月 日 ( 歳)	

I

原因食品名

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指導表を基に、○印及び原因食品を記入すること。

学校給食の対応に○印をつけてください（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すること。）

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 (代替食対応)
--------------------	----------------	-----------------	-----------------

	チェック項目	具体的な配慮と対応	
学校での配慮	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	
	宿泊を伴う校外活動	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 (有 無)	薬名:	
	エピペン (有 無)	管理方法: 保管場所:	

《緊急連絡先》

(1) 通院している医療機関 ( ) ⇒ ☎ ( )

(2) 保護者連絡先① ( ) ⇒ ☎ ( )

保護者連絡先② ( ) ⇒ ☎ ( )