

食物アレルギー個別支援プラン（案・決定）

記入日 平成 年 月 日
協議日 平成 年 月 日

学年・組	氏名	性別	生年月日	保護者氏名
年 組		男・女	平成 年 月 日	印

I. 原因食物（様式〇 生活管理指導表より該当するものに〇印をつける）

鶏卵	牛乳・乳製品	小麦	そば	ピーナッツ	種実類・木の実類（ ）
甲殻類（エビ・カニ）	果物類	魚類	肉類	その他1（ ）	その他2（ ）

II. 食物アレルギー病型（様式〇 生活管理指導表より該当するものに〇印をつける）

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（様式〇 生活管理指導表より該当するものに〇印をつける）

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
原因食物	原因食物	原因

		チェック項目	具体的な配慮と対応
学校での配慮	学校給食	給食の選択について	
		除去する食品や内容について	
	食物・食材を扱う活動、授業	微量の摂取・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	
持参薬について			
緊急時に備えての持参薬やエピペン® について エピペン®（有 無）	保管方法		
	保管場所		

緊急時の対応について

注意すべき症状	左記の症状の対応手順	病院・主治医
①	①	医療機関名・診療科名
②	②	主治医名
③	③	電話番号

緊急連絡先

優先順位	氏名	続柄	電話番号	特記事項
1			自宅・職場・携帯	
2			自宅・職場・携帯	
3			自宅・職場・携帯	

確認者	校長	教頭	担任	養護教諭	栄養教諭 学校栄養職員		
印							