

様式8(表)

(例)

個別支援プラン（食物アレルギー）

学 年	1年 組	2年 組	3年 組	4年 組	5年 組	6年 組
年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月

名 前	ふりがな () 名 前 ()
生年月日	平成 年 月 日生

食物アレルギーの 病 型 ※学校生活管理指導表 より該当するもの	<input type="checkbox"/> 即時型 <input type="checkbox"/> 口腔アレルギー症候群 <input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフラキシー					
原 因 食 品						
除去の程度						
発症時の症状						
頻 度	番号で記入する（①必ず出る ②ほとんど出る ③時々出る ④ほとんど出ない）					
アナフラキシー既往歴	有 ・ 無					
緊急時の 処方薬	薬 剤		管 理 方 法			
	<input type="checkbox"/> 内服薬（薬品）		<input type="checkbox"/> 本人（保管場所） <input type="checkbox"/> その他（）			
	<input type="checkbox"/> 「エピベン®」（アドレナリン自己注射薬）		<input type="checkbox"/> 本人（保管場所） <input type="checkbox"/> その他（）			
<input type="checkbox"/> その他（）		<input type="checkbox"/> 本人（保管場所） <input type="checkbox"/> その他（）				
薬剤使用時の 留意事項						
学校生活にお ける留意点	運動					
	授業					
	行事					
	食事 給食	(給食については裏面に詳細を記入)				
	その他					

*緊急時連絡先は「食物アレルギー緊急時個別対応カード」に記載

学校における日常の取組および緊急時の対応に活用するため、記載された内容を教職員全員で共有することに同意します。

平成 年 月 日 保護者名



