

# 食物アレルギー個別取組プラン（案・決定）

# 様式 5

取組プラン（案）検討日 年 月 日

保護者説明、協議日 年 月 日

|       |      |     |     |           |
|-------|------|-----|-----|-----------|
| 学 校 名 | 学年・組 | 名 前 | 性 別 | 生 年 月 日   |
|       | 年 組  |     | 男・女 | 年 月 日（ 歳） |

|            |  |
|------------|--|
| 学校長（園長）サイン |  |
| 調理場長サイン    |  |
| 保護者サイン     |  |

I

| 原 因 食 物  |  |
|--|--|
| 鶏卵 ・ 乳 ・ 小麦 ・ そば ・ ピーナッツ ・ 木の実 ・ 甲殻類 ( ) ・ 果物類 ( ) ・ 魚 ( ) ・ 肉 ( ) ・ その他 ( ) |  |

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 |
|               |                   |     |
| 原因食品 ( )      | 原因食品 ( )          |     |

※ 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（一部弁当対応） | レベル3（除去食対応） | レベル4（代替食対応） |
|                |              | 一部除去食対応     |             |

|                            | チェック項目               | 具体的な配慮と対応           |
|----------------------------|----------------------|---------------------|
| 学<br>校<br>で<br>の<br>配<br>慮 | 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 | 保管場所<br>保管方法        |
|                            |                      |                     |

|                     |                      |                        |
|---------------------|----------------------|------------------------|
| 緊急時連絡先（1）通院している医療機関 | <input type="text"/> | ☎ <input type="text"/> |
| （2）緊急時に搬送できる医療機関    | <input type="text"/> | ☎ <input type="text"/> |
| （3）保護者連絡先           | <input type="text"/> | ☎ <input type="text"/> |