様式3

（例）

食物アレルギー個別取組プラン

〇〇立〇〇学校

年　組	氏名		男・女	年　月　日生
自宅住所			自宅電話	
緊急時連絡先	連絡の順	名　前	本人との関係	電話番号
	1			
	2			
	3			

医療機関	医療機関名	医師の名前	医療機関住所	電話番号
主治医				
緊急時				

食物アレルギーの病型		□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		
原因食品				
発症時の症状				
家庭での対応				
学校における配慮と対応	給　食			
	食物・食材を扱う授業・活動			
	運　動			
	行　事			
	その他			
アナフィラキシー既往歴		無・有（　　歳頃　）　原因食品［　　］		

緊急時の処方薬	薬品名	管理方法	
	□内服薬（　　）	□　本人 □その他（　　）	保管場所（　　）
	□「エピペン®」 （アドレナリン自己注射薬）	□　本人 □その他（　　）	保管場所（　　）
	□その他（　　）	□　本人 □その他（　　）	保管場所（　　）
緊急時の処方薬の留意事項			消防署への情報登録 あり　・　なし

学校における日常の取組及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。

年　　月　　日　　保護者名　　印