

食物アレルギー個別取組プラン(案 ・ 決定) 様式3

取組プラン(案)検討日 令和 年 月 日
 保護者説明・協議日 令和 年 月 日

学年 組	氏 名 (性別)	生年月日	園長印 学校長印	
年 組	(男・女)	H・R 年	調理場長印	
			保護者印	

I	原因食物		
・鶏卵 ・乳(乳製品) ・小麦 ・ソバ ・ピーナッツ ・甲殻類(すべて・エビ・カニ) ・木の実(すべて・クルミ・カシュー・アーモンド) ・果物類() ・魚類() ・肉類() ・その他()			

II	食物アレルギー病型		※ I～IIIは、医師が作成する 学校生活管理指導表をもとに ○印及び原因食品を記入す ること。
	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 ()	

アレルギー既往歴とその時の対応	

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)
--------------------	----------------	-----------------	-----------------

	具体的な配慮と対応	
学校における 配慮	給食	(例)レベル1詳細な献立表、レベル2一部弁当対応
	食物・食材を 扱う活動・授業	(例)ソバを使用する際は事前に連絡
	運動	(例)制限なし
	宿泊を伴う活動	(例)食事等について事前に調査を行う
	持参薬	(例)エピペンを持参
	エピペン®の保管	(例)ランドセルポケット 赤色シールあり
	その他	

