アレルギー疾患　個別の取組プラン

**作成日：**平成　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　 | （ 男・女 ） | 保護者名 |  |
| 住　　所 |  |
| 平成　　　年　　　月　　　日生 | 電話番号 |  |
| 学校名 |  |  |  |

緊急連絡先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 続柄 | 電話番号 | 備考 |
| １ |  |  |  | 自宅・携帯・職場 |  |
| ２ |  |  |  | 自宅・携帯・職場 |  |
| ３ |  |  |  | 自宅・携帯・職場 |  |

主治医・緊急搬送先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名診療科主治医名電話番号 |  | （変更） |
| 医療機関名診療科主治医名電話番号 |  | （変更） |

学校記入欄

|  |
| --- |
|  |

**個別の取組プランに記載された内容で実施することに同意します**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学年 | 小１ | 小２ | 小３ | 小４ | 小５ | 小６ | 中１ | 中２ | 中３ |
| 確認日 |  . . |  . . |  . . |  . . |  . . |  . . |  . . |  . . |  . . |
| 保護者印 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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 |
| 原因食品症状頻度 | **原因食品** | **症状** | **頻度** | **原因食品** | **症状** | **頻度** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 頻度の記入法…①必ず出る　②ほとんど出る　③時々出る |
| 常備薬 | □無　□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 緊急時の対応 | **アナフィラキシー：**□無　□有（H . . ）（H . . ）（H . . ）（H . . ）　　　　　　　　　　　　　症状（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**緊急時処方薬：**□無　　□エピペン®《　　　　　　　　　　》アナフィラキシー発症時は、必ず救急車を要請します**《保管場所》**□内服薬（薬品名：　　　　　　）《　　　　　　　》　　　　　　　　　　　□その他（薬品名：　　　　　　）《　　　　　　　》 |

〈学校給食における対応決定事項〉

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 決定（　　年　　月　　日） | 決定（　　年　　月　　日） | 決定（　　年　　月　　日） |
| 給食停止等 | 弁当持参 ・ 牛乳停止 パン停止 ・ ごはん停止 | 弁当持参 ・ 牛乳停止 パン停止 ・ ごはん停止 | 弁当持参 ・ 牛乳停止 パン停止 ・ ごはん停止 |
| その他除去食代替食 |  |  |  |

食物アレルギー以外

|  |  |
| --- | --- |
| 病名 | □気管支ぜん息　□アトピー性皮膚炎　□アレルギー性結膜炎　□アレルギー性鼻炎　□アナフィラキシー（H . . ）（H . . ） |
| 原因物質 |  |
| 症状 |  |
| 常備薬 | □無　□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 緊急時の対応 | **緊急時処方薬：**□無　□エピペン®《　　　　　　》　□吸入《　　　　　　》アナフィラキシー発症時は、必ず救急車を要請します**《保管場所》**□内服薬（薬品名：　　　　　）《　　　　　　　》　□その他（薬品名：　　　　　）《　　　　　　　》　 |

学校生活における留意点

|  |  |
| --- | --- |
| 運動 |  |
| 授業 |  |
| 行事 |  |
| 食事 |  |
| その他 |  |