

年

月

日

保護者 様

那覇市立

学校長

食物アレルギー個別取組プラン

本年度の学校での対応については、下記のとおりといたしますのでご確認ください。

また、確認後保護者署名の上、 ____月 ____日までに担任へ提出してください。

学年 組 番	年 組 番	
ふりがな		性別
児童生徒氏名		
Ⅰ 原因食物		
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【アナフィラキシー(あり ・ なし)】		
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
原因食物	原因食物	

学校給食の対応

内 容	対 応	原 因 食 物 名	注 意 事 項
1 除去食・代替食 の併用での提供	あり なし		提供される日の献立確 認をお願いします。
2 除去食の提供	あり なし		提供される日の献立確 認をお願いします。
3 自己管理	あり なし		献立表の確認をお願い します。
4 一部弁当 (献立によって弁当持参)	あり なし		弁当の保管場所 ()
5 完全弁当	あり なし		弁当の保管場所 ()
6 飲用牛乳の停止	あり なし		
7 飲用牛乳のみ提供	あり なし		
8 その他 (特記事項)			

裏面へつづきます。

学校生活における対応

内 容	対 応	配慮すべきこと (ありの場合は具体的に記述)
1 給食(除去食等の受け取り方、給食当番、非常食等)	あり なし	
2 調理実習・掃除当番等	あり なし	
3 運動(体育・部活動・給食後の休み時間等)	あり なし	
4 校外活動	あり なし	
5 持参薬の保管	あり なし	
6 エピペン®の保管	あり なし	
7 その他	あり なし	

緊急時の対応について

薬の使用について ※使用するタイミングは		誤食時や症状の出現時(誤食疑い含む)等	
緊急時の 連絡先	①保護者	続柄 ()	TEL :
	②保護者	続柄 ()	TEL :
	医療機関名		TEL :
	主治医名		

- 1 対応については、対象人数・原因食物数・対象者の症状等を総合的に判断し、年度ごとに見直します。
- 2 誤食等により発症し、緊急性が高いと判断した場合には、保護者の同意を得る前に救急車を要請します。
- 3 緊急時に適切に対応するため、全教職員及び関係機関、また那覇市内小中学校への転校や那覇市立中学校へ進学される際は進学先へ情報を共有します。
- 4 他の児童生徒の理解と協力を得るため学級で説明します。
- 5 取組プランは毎年度検討しますので、対応期間は次年度の5月31日までとします。

※進学、転校等除く

上記について、了承します。

記入日 年 月 日

保護者署名