

食物アレルギー個別取組プラン

東久留米市立 小学校
校長 ○○ ○○

保護者との面談日：平成 年 月 日

食物アレルギー対応委員会開催日：平成 年 月 日

年 組 児童名 _____ 性別 男 ・ 女

食物アレルギー原因食材 _____)

処方薬の管理

薬品名：(_____) 保管場所：(教室 ・ 本人管理 その他 _____)

薬品名：(_____) 保管場所：(教室 ・ 本人管理 その他 _____)

エピペンの持参 について 有 ・ 無 本人管理・ 保管場所 (_____)

学校生活における配慮

| 具体的な配慮と対応 | |
|-----------|---|
| 学校における配慮 | 給食対応 <input type="checkbox"/> 詳細献立の配布のみ(レベル1) <input type="checkbox"/> 献立により一部または全部弁当(レベル2) <input type="checkbox"/> 原因食材の除去食(レベル3) <input type="checkbox"/> 給食対応がある日は専用の食器に配膳します。 <input type="checkbox"/> 給食時の返金は飲用牛乳・乳飲料のみとなります。 <input type="checkbox"/> 現在はアレルギー専用の調理室などはありません。 <input type="checkbox"/> その他 |
| | 食物・食材を扱う活動・授業 |
| | 運動 |
| | 宿泊を伴う活動 |

情報の共有について

- (1) 学校管理指導表の内容について学校から主治医に確認することがあります。
- (2) 学校における日常の取組および緊急時の対応のため、面談時の内容について教職員で共有し、教育委員会の調査に使用します。
- (3) 他の児童の理解と協力を得るため、児童名を記載した献立表の掲示や対応の内容について学級で説明します。

保護者へ協力をお願い

- (1) 家庭でアレルギー対応献立表を児童と毎日、確認してください。

食物アレルギー個別取組プランと情報の共有について同意します。

保護者氏名 _____ 印