参考様式　７

※「取組プラン」の具体的取組内容（個々の児童生徒等で異なる内容）の作成例

**取組プラン**

記入年月日　　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象児童生徒 | 年　　　組　　　　番 | | | 【性別】　　　男　　・　　女 | |
| (ふりがな) | | | 【生年月日】  平成・令和　　　年　　　月　　　日 | |
| 氏　 名 | | |
| 緊急連絡先  （保護者等） |  | 名前 | 本人との  関係 | 電話番号 | 連絡先が勤務等の場合の呼び出し先 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| 緊急連絡  医療機関  ※学校生活管理指導表の「緊急時連絡先を記入」 | 【医療機関名】 | | | | |
| 【医　師　名】 | | | | |
| 【住　　　所】 | | | | |
| 【電話番号】 | | | | |
| 主治医 | 【医療機関名】 | | | | |
| 【医　師　名】 | | | | |
| 【住　　　所】 | | | | |
| 【電話番号】 | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 食物アレルギー | 食物アレルギー以外 |
| 診断名 |  |  |
| * 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 |
| アレルゲン |  |  |
| アナフィラキシー | あり　　　　なし | あり　　　　なし |
| 発症時の症状 |  |  |
| 緊急時処方薬 | * 「エピペン」(アドレナリン自己注射) * 内服薬（薬品名：　　　　　　　　　） * 吸入薬（薬品名：　　　　　　　　　） * その他（薬品名：　　　　　　　　　） | * 「エピペン」(アドレナリン自己注射) * 内服薬（薬品名：　　　　　　　　　） * 吸入薬（薬品名：　　　　　　　　　） * その他（薬品名：　　　　　　　　　） |
| 【使用時の注意点】 | 【使用時の注意点】 |
| 【保管場所】 | 【保管場所】 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 食物アレルギー | 食物アレルギー以外 |
| 学校生活における留意点 | 【給食】 | 【動物との接触を伴う活動】 |
| 【ダニ・ホコリの舞う環境での活動】 |
| 【花粉の舞う環境での活動】 |
| 【食物・食材を扱う授業・活動】 | 【長時間の屋外活動】 |
| 【運動（体育・部活動等）】 |
| 【運動（体育・部活動等）】 | 【プール】 |
| 【プール】 | 【給食】 |
| 【宿泊を伴う校外活動】 | 【食物・食材を扱う授業・活動】 |
| 【宿泊を伴う行事】 |
| 【その他】 | 【その他】 |

学校における日常の取組および緊急時（災害時を含む）の対応に活用するため、

記載された内容を教職員・消防機関、市町村等と共有することに同意します。

　　　　　　令和　　年　　月　　日　　　保護者名