（例５－②）

個別支援プラン票（食物アレルギー以外、疾患が重複している場合）

　　学校名：

|  |  |
| --- | --- |
| 記入年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日　（記入者：　　　　　　　　　） |
| 学年・組・番号 | 　　　年　　　組（　　　番） | 性別 | 生年月日 |
| ふりがな |  |  | 平成・令和 　 年　 月 　日（４月１日現在　　　　歳） |
| 児童生徒氏名 |  |

※　記載内容は、学校生活管理指導表が提出された際等、適宜見直すこと。

|  |  |
| --- | --- |
| 診断名・分類 |  |
| アレルゲン |  |
| アナフィラキシー既往歴 | 　□　なし　　　□　あり（回数：　　　回、　　　　　　　　　） |
| 発症時の症状 |  |
| 緊急時の処方薬 | 処方薬 | 保管場所 |
| （　　）内服薬（※　薬品名等　 　　　　　） |  |
| （　　）吸　入（※　薬品名等　　　　　 　） |  |
| （　　）エピペンⓇ（　0.15ml　、　0.3ml　） |  |
| （　　）その他（　　　　　　　　　　　　） |  |
| 薬剤使用時の留意事項 |  |
| 学校生活上の留意点 | 授業・活動 |  |
| 運動 |  |
| 宿泊を伴う校外活動 |  |
| その他 |  |

※ 一部内容は「緊急時個別対応表」に記載する。

学校における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、本票に記載された内容を教職員全員で共有することに同意します。

令和　　　年　　　月　　　日　　　　保護者　　　　　　　　　　　　　　　　印