

食物アレルギー個別取組プラン
(兼 アレルギー緊急時個別対応票)

保護者記入日 年 月 日
面談日・学校確認日 年 月 日

年度 年 組 番			
(ふりがな) 児童生徒氏名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 子 <input type="checkbox"/> 女 子
		生年月日	年 月 日
保護者氏名			続 柄
住 所			電話番号

緊急連絡先

連絡順位	氏 名	続柄等	電話番号	連絡先	特記事項
1				自宅・職場・携帯	
2				自宅・職場・携帯	
3				自宅・職場・携帯	

かかりつけの医療機関

医療機関名		診 療 科	
主 治 医 名			
ID（カルテ）番号			
住 所		電話番号	

かかりつけ以外に搬送する医療機関がある場合

医療機関名		診療科	
主治医名			
ID（カルテ）番号			
住 所		電話番号	

食物アレルギー・アナフィラキシーの原因食材と具体的な症状

[illegible]

コンタミネーションの有無※（コンタミネーション有の場合、給食の提供はできません。）

☐ 有 (原因: _____)

☐ 無

※コンタミネーションとは、調理機器の使い回し等の極微量でも発症をする場合をいいます。

アナフィラキシー発症の有無

[illegible]

緊急時の対応

内服薬			
注射薬	エビペン 0.15mg・エビペン 0.3mg (※該当箇所には○)	内服薬・エビペンの 保管場所	各自ランドセル又は 通学カバン
その他※			

練習用エビペン®トレーナーによる訓練の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
-----------------------	----------------------------	----------------------------

家庭での食事・おやつ・外食等の対応方法

--

学校給食における対応事項（※該当箇所○）

★戸田市の学校給食で使用しない食材★

そば、ピーナッツ、木の実類・種実類（カカオ、くり、ごま、木の実類・種実類由来の油を除く）、キウイ、いくら、たらこ

（１）給食センター受配校（中学校・戸田南小・喜沢小）

配付を希望する資料 （詳細献立表・食品分析表）	必要 ・ 不要	
牛乳停止	停止する ・ 停止しない	
除去食の希望	卵 ・ 乳	※除去食対応食材は卵・乳だけとなります。 上記の学校給食で使用しない食材以外に食物アレルギーを有する 場合、除去食は提供できません。（例）「卵と魚卵」「乳と果物」等
	該当なし	
そ の 他		

（２）~~自校調理校（戸一小・戸二小・新曽小・美谷本小・笹目小・戸田東小・笹目東小・新曽北小・美女木小・芦原小）~~

配付を希望する資料 （詳細献立表・食品分析表）	必要 ・ 不要	
牛乳停止	停止する ・ 停止しない	
除去食の希望	必要 ・ 不要	
除去を希望する食材 （上記★戸田市の学校給食で使 用しない食材★以外を記入）		
そ の 他		

その他 学校において配慮が必要な事項

	該当箇所○	具体的な配慮と対応	チェック欄 ※学校記入
①給食当番	必要・不要		
②校外学習	必要・不要		
③宿泊学習	必要・不要		
④調理実習	必要・不要		
⑤クラブ活動	必要・不要		
⑥持参薬	必要・不要		
⑦その他			

その他 主治医から注意されていること 等

--

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、記載された内容を、学校全職員、教育委員会、学級の他の児童生徒で共有することに同意します。

保護者署名_____

記入例

食物アレルギー個別取組プラン (兼 アレルギー緊急時個別対応票)

保護者記入日 ** 〇 年〇月〇日
面談日・学校確認日 ** 年 月 日

**〇〇年度 1 年 8 組 5 番			
(ふりがな) 児童生徒氏名	とだ はなこ 戸田 花子	性 別	<input type="checkbox"/> 男 子 <input checked="" type="checkbox"/> 女 子
		生年月日	**20 年 4 月 2 日
保護者氏名	戸田 太郎	続 柄	父
住 所	戸田市新曽南4-3-45	電話番号	442-XXXX

緊急連絡先

連絡順位	氏 名	続柄等	電話番号	連絡先	特記事項
1	戸田 みなみ	母	442-XXXX	自宅・ <u>職場</u> ・携帯	
2	戸田 りさ	姉	090(XXX)XXXX	自宅・職場・ <u>携帯</u>	
3	戸田 みさ	祖母	441-XXXX	<u>自宅</u> ・職場・携帯	

かかりつけの医療機関

医療機関名	〇〇〇小児病院	診 療 科	〇〇科
主 治 医 名	△△ △△		
ID (カルテ) 番号	(わかる範囲で御記入ください)		
住 所	戸田市××〇〇	電話番号	441-XXXX

かかりつけ以外に搬送する医療機関がある場合

医療機関名	××総合病院	診 療 科	××科
主 治 医 名	〇〇 〇〇		
ID (カルテ) 番号	(わかる範囲で御記入ください)		
住 所	板橋区△△××	電話番号	03-1441-XXXX

食物アレルギー・アナフィラキシーの原因食材と具体的な症状

原因食材	具体的な症状
卵	呼吸困難、じんましん
カシューナッツ	未摂取

コンタミネーションの有無※ (コンタミネーション有の場合、給食の提供はできません。)

<input checked="" type="checkbox"/> 有 (原因: 卵スープを作った後洗って、同じ鍋で調理したスープを飲んで発症)
<input type="checkbox"/> 無

※コンタミネーションとは、調理機器の使い回し等の極微量でも発症をする場合をいいます。

アナフィラキシー発症の有無

<input checked="" type="checkbox"/> 有 (回数: 1 回 ・ 原因: 誤って卵入りカステラを食べてしまった)
<input type="checkbox"/> 無

緊急時の対応

内服薬	〇〇錠		
注射薬	<u>エピペン 0.15mg</u> エピペン 0.3mg (※該当箇所には○)	内服薬・エピペン の保管場所	各自ランドセル又は 通学カバン
その他※			
練習用エピペン®トレーナーによる訓練の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

※服薬方法等について記載

家庭での食事・おやつ・外食等の対応方法

自宅では卵をしません。外食では、お店に確認して食べています。

学校給食における対応事項（※該当箇所に○）

★戸田市の学校給食で使用しない食材★

そば、ピーナッツ、木の実類・種実類（カカオ、くり、ごま、木の実類・種実類由来の油を除く）、キウイ、いくら、たらこ

（１）給食センター受配校（中学校・戸田南小・喜沢小）

配付を希望する資料 (詳細献立表・食品分析表)	必要 ・ 不要	
牛乳停止	停止する ・ 停止しない	
除去食の希望	卵 ・ 乳	※除去食対応食材は卵・乳だけとなります。 上記の学校給食で使用しない食材以外に食物アレルギーを有する場合、除去食は提供できません。(例)「卵と魚卵」「乳と果物」等
	該当なし	
そ の 他		

（２）自校調理校（戸一小・戸二小・新曽小・美谷本小・笹目小・戸田東小・笹目東小・新曽北小・美女木小・芦原小）

配付を希望する資料 （詳細献立表・食品分析表）	必要 ・ 不要	
牛乳停止	停止する ・ 停止しない	
除去食の希望	必要 ・ 不要	
除去を希望する食材 （上記★戸田市の学校給食で使用しない食材★以外を記入）	卵	
そ の 他		

その他 学校において配慮が必要な事項

	該当箇所に○	具体的な配慮と対応	チェック欄 ※学校記入
①給食当番	必要 ・ 不要	卵入りメニューの時は、当番を外して下さい。	
②校外学習	必要 ・ 不要	本人にも教えますが、お弁当のおかず交換をしないよう注意をお願いします。	
③宿泊学習	必要 ・ 不要		
④調理実習	必要 ・ 不要		
⑤クラブ活動	必要 ・ 不要		
⑥持参薬	必要 ・ 不要	食前に〇〇錠をのみます。	
⑦その他			

その他 主治医から注意されていること 等

卵は食べさせない、触れさせないようにして下さい。

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、記載された内容を、学校全職員、教育委員会、学級の他の児童生徒で共有することに同意します。

保護者署名 戸田 太郎

Individual Food Allergy Initiative
(Also Individual Report for Allergy Emergencies)

The date of entry of the guardian: / /
Interview and school confirmation date: / /

Year :		Current Year grade:		Class:		No.	
(furigana) Name of the student		sex	male / female				
		Date of birth	Date				
Name of guardian				Relationship			
Address				Phone number			

Emergency contact

Communication order	Name	Relationship, etc.	Phone number	Contacts	Remarks
1				Home, Work, Mobile	
2				Home, Work, Mobile	
3				Home, Work, Mobile	

Family medical institution

Medical Institution Name		Medical Dept.	
Family Doctor			
ID (Chart) number			
Address		Phone number	

Another medical institution involved other than one's family doctor

Medical Institution Name		Medical Dept.	
Primary physician			
ID (Chart) number			
Address		Phone number	

Causes of food allergy/anaphylaxis. Food and specific symptoms

causative ingredient	specific symptom
.....	
.....	
.....	
.....	

Is contamination an issue? ※ (If contamination affects the child, the school cannot provide lunch)

· Yes (Cause:)
· No

※Contamination refers to cases where symptoms may occur even from microscopic particles of the food allergen, such as from the use of cooking equipment.

Presence or absence of anaphylaxis

· Yes (frequency: xxxx times, cause:)
· No

Emergency medication

Oral medicine	
---------------	--

Injectable drug	Epipen 0.15mg 0.3mg (※where appropriate please circle ○)	Storage place for oral medicine and epipen	school backpack or satchel
Other※			
Is there training for using the TRAINING EPIPEN® by trainers?		Yes / No	

※ Description of the method of taking

Describe your way of dealing with meals, snacks and food at home

--

School Lunch Requirements (※Please circle where appropriate)

Documents to be distributed(Detailed table of menus, Table of food analysis)	Need / Unnecessary	
Milk suspension	Stop / No stop	
Wish to remove food Foodstuff to remove (Please fill in only if you there is an ingredient to remove.) Soba, peanuts, tree nuts and seeds (except cacao, chestnuts, sesame, and oils derived from tree nuts and seeds), kiwi, salmon caviar and cod caviar are not used in school lunches.	Egg / Milk Not required	School Lunch Center※ (Junior High School, Elementary schools:Toda-minami, Kizawa) The school cannot cater to your needs if you have allergies except for these (eggs, milk).
Other		

Other matters requiring consideration at school

	Circle where appropriate	Specific considerations and management	check ※ School entry only
(1)Being on school lunch duty	Required, Not required		
(2)Extracurricular learning	Required, Not required		
(3)Overnight excursion	Required, Not required		
(4)Cooking practice	Required, Not required		
(5)Club activities	Required, Not required		
(6)Carrying own medicine	Required, Not required		
(7) Other			

Other Matters of Attention from Your Doctor

--

I agree to share the content described in this document with all school staff, Board of Education, and other students of the class in order to use it for daily activities and emergency responses in the school.

Parent Signature _____

关于食物过敏的个人行动计划
(兼 紧急过敏时个人应对表)

家长填写时的日期 年 月 日
面谈日・学校确认日 年 月 日

年度 年 组 号			
(平假名) 学 生 姓 名		性 别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
		出 生 日	年 月 日
家 长 姓 名		关 系	
住 址		电话号码	

紧急联系人

联系顺序	姓 名	关系等	电话号码	联系方式	备注
1				家・公司・手机	
2				家・公司・手机	
3				家・公司・手机	

经常去的医院

医院名		诊疗科	
主治医生姓名			
ID (病历) 号码			
地 址		电话号码	

除了常去的医院以外可去的医院

医院名		诊疗科	
主治医生姓名			
ID (病历) 号码			
地 址		电话号码	

引起食物过敏・过敏反应的食材和具体的症状

食物过敏的食材	具体的症状

掺杂物过敏の有无※ (如果有掺杂物过敏反应、则无法提供午餐。)

<input type="checkbox"/> 有 (原因 :)
<input type="checkbox"/> 无

※关于掺杂物污染过敏、例如重复使用厨具的微量元素也会引起过敏反应。

过敏反应发作の有无

<input type="checkbox"/> 有 (次数 : 次 ・ 原因 :)
<input type="checkbox"/> 无

紧急情况时的对应

内服药			
注射药物	肾上腺素笔 0.15mg ・ 肾上腺素笔 0.3mg (※在相对应的地方圈○)	内服药・肾上腺素笔 的保管处	书包
其他※			
是否受过练习用肾上腺素注射笔的培训		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无

※关于服药方法

家庭内的饮食・课间零食・外出就餐等的对应方法

--

学校午餐的对应事项（※相对应的地方画○）

★戸田市的学校午餐中不使用的食材★

荞麦、花生、坚果/种子（不包括可可、栗子、芝麻、坚果/种子油）、猕猴桃、鲑鱼子、鳕鱼子

（1）午餐中心配送餐（中学校・戸田南小・喜沢小）

是否需要关于午餐的资料 (详细菜单・食物分析表)	必要 ・ 不要	
停止提供牛奶	停止 ・ 不停止	
希望提供排除餐	去除鸡蛋、牛奶	※排除餐只能去除鸡蛋、牛奶。 如果您的孩子对上述学校午餐中不使用食材以外的食物也过敏，则无法提供排除餐。（例）「鸡蛋与鱼子」「牛奶和水果」等
	不希望	
そ の 他		

（2）自校内做午饭（戸一小・戸二小・新曽小・美谷本小・笹目小・戸田東小・笹目東小・新曽北小・美女木小・芦原小）

是否需要关于午餐的资料 (详细菜单・食物分析表)	必要 ・ 不要	
停止提供牛奶	停止 ・ 不停止	
需要提供排除餐	需要 ・ 不需要	
希望除去的食材 (请填写上記★戸田市学校午餐不使用的食材★以外的)		
其 他		

其他 在学校里需要特别关照的事项

	请画○	请填写具体需要考虑和注意的事项	✓栏 ※学校填写
①午餐值日生	需要・不需要		
②校外学习	需要・不需要		
③集体住宿学习	需要・不需要		
④烹饪实践	需要・不需要		
⑤社团活动	需要・不需要		
⑥要带的药	需要・不需要		
⑦其他			

其他 来自主治医的注意事项 等

--

为了方便于学校的日常生活以及紧急情况时的应对，我同意将上述信息与学校的相关人员、教育委员会以及班上的其他同学分享。

家长签名_____