

個別対応計画書

(

保育所)

※保護者が1～6まで記入し、生活管理指導表と一緒に提出してください。

クラス	名前	性別	生年月日 (年齢)
			平成 年 月 日 ( 歳 か月)

1 食物アレルギー及びアナフィラキシーの出現状況について記入してください。

いつ (年齢)	原因食品	症状	ショック
			有・無
			有・無
			有・無

2 処方薬の内容について記入してください

軟膏 あり・なし (薬名 )	内服薬 あり・なし (薬名 )	エピペン® あり・なし (保管場所 )
-------------------	--------------------	------------------------

3 家庭での対応について記入してください (家庭での除去状況, 調理器具の共用, 外食, おやつ等)

原因食品	家庭での対応

4 除去すべき食品の詳細を記入してください。

とくになし

5 保育所での留意点について記入してください。

給食での食物アレルギー対応を	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない (弁当持参)
その他	

6 情報の共有について

生活管理指導表の内容について、必要時に保育所から直接主治医に確認することに同意します。

保護者氏名 印

7 面接日時

日時	平成 年 月 日 時 分～ 時 分
場所	
出席者	保護者 ( )・施設長・担任・栄養士・調理員・その他 ( )

8 面接による検討により決定した実施計画

給食, 離乳食 おやつ	
アレルギー用調整乳	
食物・食材を扱う活動	
運動	
宿泊を伴う活動	
その他	

