



個人カルテ

(中学校用)

作成日 年 月 日

氏名	男・女		保護者				
生年月日	平成	年	月	日	生	住所	
学校名	身延町立身延中学校			電話			
				学年・組	1-	2-	3-
				担任印			
原因食品 ・症状 *頻度	原因食品	症状	頻度	原因食品	症状	頻度	

* ①必ず出る ②ほとんど出る ③時々出る

アナフィラキシー の 発症既往	有 ・ 無					
	年月日	症状		年月日	症状	
	・			・		
	・			・		

緊急時に 備えた 処方薬	有 ・ 無					
	<input type="checkbox"/> 内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬)					
	<input type="checkbox"/> アドレナリン自己注射(エピペン®)使用期限()					
	<input type="checkbox"/> その他(

学校生活 上の留意 点 (学校生活 管理指導表 より転記)	給食	食物・食材を扱う 授業・活動	運動 (体育・部活動等)	宿泊を伴う 校外活動	その他の配慮・管理事項
	管理不要	管理不要	管理不要	管理不要	
	保護者と 相談し決定	保護者と 相談し決定	保護者と 相談し決定	保護者と 相談し決定	

緊急連絡先

優先順位	氏名	続柄	電話番号	連絡先 (○をつける)
1				自宅・職場・携帯
2				自宅・職場・携帯
3				自宅・職場・携帯
4				自宅・職場・携帯

医療機関連絡先

かかりつけ医療機関		変更
電話番号		
主治医名		
診療科		
消防機関への 情報提供の状況		

保育所・幼稚園での対応

施設名		情報提供者		施設での給食	有	無（毎日弁当）
給食の対応						

小学校での対応

施設名		情報提供者		学校給食	有	無（毎日弁当）
給食の対応						

中学校での対応

施設名		情報提供者		学校給食	有	無（毎日弁当）
給食の対応						

家庭での食事の対応

偏食 栄養のとり方 代替食品 など

面談・対応・発症状況の記録(変更記録を含む)

中(高) 1		中(高) 2		中(高) 3	
月日	面談・対応の変更・発症状況等	月日	面談・対応の変更・発症状況等	月日	面談・対応の変更・発症状況等
特記事項		特記事項		特記事項	

食物アレルギー取組プラン(案・決定)

取組プラン案検討日 令和 年 月 日
 保護者説明協議日 令和 年 月 日

入学年度		名前	
------	--	----	--

学校長確認署名	
保護者確認署名	

食物アレルギー病型	アナフィラキシー病型	原因食材

学校における配慮

給食の対応				
食物・食材を扱う授業・活動				
運動(体育・部活動など)				
遠足・校外活動				
宿泊を伴う活動				
緊急時 対応	緊急時に備えた処方薬	内服薬	アドレナリン自己注射薬	その他
	使用時の 症状の目安			
	保管場所			
	留意事項			
	緊急対応時の留意事項			
緊急時の保護者等 への連絡方法				