

年 組 名前

(
緊急時 食物アレルギー
アナフィラキシー 対応表

1. 軽・中・重どの症状でも**保護者へ連絡** (→連絡先は裏面)
2. **保護者に連絡をとりつつ対応表にそって対処**
(原因食品の究明より治療を先行)
3. 口に入れた場合は出して、可能なら吐かせて口をすすぐ
4. 皮膚や目については、こすらないですぐに洗い流す
5. 患児をひとりにしない! ☆【 】内は医師が商品名で記載

軽

《症状》

- ・口やノドのかゆみ・違和感
- ・部分的なじんましん・赤み
- ・唇やまぶたの軽度の腫れ
- ・軽い腹痛・単発の嘔吐
- ・単発の咳・鼻汁・鼻閉

《対処》 走らせない!

1. **抗ヒスタミン剤**
【 】を**すぐ内服**

●保管場所()

2. 重症化に備え、誰かが付きそい**症状よく観察**
3. 医療機関に相談・受診
4. 症状改善後も運動しない

※必要ならステロイド剤内服

※エピペン準備しておく

☆ ●保管場所は、学校・本人・保護者で相談し、保護者が記載

中

《症状》

- ・咳の増加、ごく軽度の喘鳴
- ・広範囲のじんましん・赤み
- ・明らかな唇・眼瞼・顔の腫れ
- ・明らかな腹痛・複数回嘔吐

《対処》 安静!

1. **すぐに医療機関受診**
(必要に応じて救急車を呼ぶ)
2. 抗ヒスタミン剤【 】
ステロイド剤【 】
を**すぐに内服** (反復はしない)
●保管場所()
3. 咳や喘鳴のある時**気管支拡張剤**
【 】を吸入か内服
※吸入時は座位で
●保管場所()
4. 症状の進行が早い時
エピペン大腿に注射
●保管場所()

重

《症状》

- ・息苦しさ・呼吸困難・声がれ
咳き込み・喘鳴(ゼーゼー・ヒュー)
- ・強い腹痛・嘔吐・下痢反復
- ・元気がなく、横になりたがる
- ・蒼白・意識レベルの低下

《対処》 寝かせる!

1. **早急に救急車を呼ぶ**
2. **エピペン大腿に注射**
●保管場所()
3. **必要なら救急蘇生術**
4. 可能なら **中** の
対処2.3 (施行後は反復しない)

※ぐったりしていたら寝かせ足を挙げる。呼吸困難があれば座位も可
※身体の保温につとめる

※この表と使用後のエピペンは医療機関に持参

◎緊急連絡先リスト◎

保護者が記入

年 組 名前 _____ 年 月 日生
住所 _____

かかり付けの医療機関名 : _____
住 所 : _____
電話番号 : _____ 休診日 _____
主治医名 : _____

優先順位による連絡先の氏名と電話番号

() 自宅 TEL番号 _____
() 名 _____ 携帯: _____
() _____ 職場: _____
() 名 _____ 携帯: _____
() _____ 職場: _____
() その他 _____ : _____
()内に優先順位1. 2. 3. 4まで付けて下さい。

かかり付け医 休診時、もしくは重症時の

搬送医療機関名: _____
電話番号: _____
主治医名: _____

【 投薬内容 】

医師が記入

〔Ⅰ〕緊急薬
即時型食物アレルギーを思わせる症状出現時に使用
【裏面参照】

薬の商品名と1回投与量

・抗ヒスタミン剤 (名 _____ ・ _____ g)
・ステロイド剤 (名 _____ ・ _____)
・気管支拡張剤(吸入)(名 _____ ・1回 _____ 吸入)
同上(内服) (名 _____ ・ _____ g)
・エピペン注射薬 (0. _____ mg)
・その他 (名 _____ ・ _____ g)

〔Ⅱ〕予防薬

薬の商品名と1回投与量

・インタール (_____ g) 給食前約30分に内服
・その他(名 _____ ・ _____ g 内服する時 _____)

年 月 日
医療機関名 (_____)
医師名 (_____) 印

※文書料については吉備医師会との申し合わせにより、
食物アレルギー・アナフィラキシー連絡書と合わせて500
円とし、緊急時対応表のみの記載は文書料をとらないよ
うお願いします。

総社市教育委員会・吉備医師会・2013年度版