

## 令和 年度 緊急時個別対応カード（食物アレルギー）

※二重枠内は保護者の方がご記入ください。

年	組	保管場所 内服薬 ① ② エピペン ① ②
原因食物		
* 学校給食対応の有無に関わらず診断のある全てを記入		
保護者連絡先	① (続柄)	② (続柄)
主治医連絡先	医療機関名:	電話

◆ 症状は急激に変化することがあるため、5分ごとに注意深く観察する。

◆  の症状が1つでもあてはまる場合、**エピペン®**を使用する。**迷ったら打つ!**  
(内服薬を飲んだ後にエピペン®を使用しても問題ない)

観察を開始した時刻 (時 分)	内服した時刻 (時 分)
救急車を要請した時刻 (時 分)	エピペン®を使用した時刻 (時 分)
保護者へ連絡した時刻 (時 分)	

全身の症状	<input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 意識もうろう <input type="checkbox"/> 尿や便をもらす <input type="checkbox"/> 脈が触れにくいまたは不規則 <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い	① 子どもから目を離さない、ひとりにしない。 ② 助けを呼び、人を集める。 ③ エピペン®と内服薬を持ってくるよう指示する。 ※ その場で安静にし、動かさない！
-------	--	---

呼吸器の症状	<input type="checkbox"/> のどや胸が締め付けられる <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 犬か吠えるような咳 <input type="checkbox"/> 息がしにくい <input type="checkbox"/> 持続する強い咳込み <input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸	<input type="checkbox"/> 数回の軽い咳
--------	--	---------------------------------

消化器の症状	<input type="checkbox"/> 持続する強い(がまんできない)お腹の痛み <input type="checkbox"/> 繰り返す吐き続ける	<input type="checkbox"/> 中程度のお腹の痛み <input type="checkbox"/> 1~2回のおう吐 <input type="checkbox"/> 1~2回の下痢	<input type="checkbox"/> 軽いお腹の痛み(がまんできる) <input type="checkbox"/> 吐き気
--------	---	---	--

目・口・鼻・顔面の症状	<input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ <input type="checkbox"/> まぶたの腫れ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ、充血 <input type="checkbox"/> 口内の違和感 <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、鼻づまり
-------------	--	---

皮膚の症状	<input type="checkbox"/> 強いかゆみ <input type="checkbox"/> 全身に広がるじんましん <input type="checkbox"/> 全身が赤い	<input type="checkbox"/> 軽度のかゆみ <input type="checkbox"/> 数個のじんましん <input type="checkbox"/> 部分的な赤み
-------	--	---

上記の症状が  
1つでもあてはまる場合

1つでもあてはまる場合

1つでもあてはまる場合

- ① ただちにエピペン®を使用する
- ② 救急車を要請する(119番通報)
- ③ その場で安静を保つ  
(立たせたり、歩かせたりしない)
- ④ その場で救急隊を待つ
- ⑤ 可能なら内服薬を飲ませる

ただちに救急車で  
医療機関へ搬送

- ① 内服薬を飲ませ、エピペン®を準備する
- ② 速やかに医療機関を受診する  
(救急車の要請も考慮)
- ③ 医療機関に到着するまで、5分ごとに症状の変化を観察し、 の症状が1つでもあてはまる場合、エピペン®を使用する

速やかに  
医療機関を受診

- ① 内服薬を飲ませる
- ② 少なくとも1時間は5分毎に症状の変化を観察し、症状の改善がみられない時は医療機関を受診する

安静にし、  
注意深く経過観察