

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. 皮膚や目についた場合は、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入してください

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

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

中

《症状》

- ・咳の増加、極軽度の喘鳴
- ・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)

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

4. 症状の進行が早い時

エピペン大腿に注射

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

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◎

保護者が記入してください

児童名 _____ 生年月日 ____年 ____月 ____日
住所 _____

かかり付けの医療機関名： _____
住 所： _____
電話番号： _____
主治医名： _____ ID(カルテ)番号： _____
休 診 日： _____

優先順位による連絡先の氏名と電話番号

1位	_____	携帯：	_____
		職場：	_____
		自宅：	_____
2位	_____	携帯：	_____
3位	_____	携帯：	_____

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： _____
ID(カルテ)番号： _____

【投薬依頼書】

御中

A 保護者記入欄

下記に医師が記載した内容により園での投薬をお願いします。
保護者名 (_____ 印)

B 医師記入欄

下記の薬の投薬をお願いします。

[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 内服の時 _____)

年 月 日

医療機関名 (_____)

医師名 (_____ 印)