

個別対応シート

※アレルギー疾患指導管理票が提出・更新されたら作成しておきましょう

作成日: 年 月 日	作成者名:
年 組 子どもの名前:	担任の名前:
除去している食物	
学校名 _____ 住所 Tel	消防署との情報共有: あり(推奨*)・なし 最寄の消防署: 救急車到着までの時間※: 約()分

* 消防署との情報共有を行い、緊急時のすみやかな対応に臨みましょう。
※ 救急車を要請した場合、どのくらいの時間がかかるのかを最寄の消防署に聞いておきましょう。

エピペン®	(0.15mg ・ 0.3mg)	保管場所
あり・なし	緑色 黄色	

薬の種類	薬の名前	1回使用量※	保管場所
抗ヒスタミン薬	あり・なし		
ステロイド	あり・なし		
気管支拡張薬 (内服)	あり・なし		
気管支拡張薬 (吸入)	あり・なし		

※1回使用量は5mg1錠、2.5mg1包などと記載しましょう。吸入薬は1回1吸入などと記載しましょう。

緊急連絡先	保護者	Tel (携帯・自宅・職場) 氏名 (続柄)
		Tel (携帯・自宅・職場) 氏名 (続柄)
	病院	Tel (病院代表・小児科受付) 病院名 主治医名 子どもの患者ID番号※
		Tel (病院代表・小児科受付) 病院名 主治医名 子どもの患者ID番号※

※保護者に確認して記載しておけば、学校から病院に連絡する場合に役に立ちます。

症状チェックシート

観察開始時間(:)以降 5分ごとに症状チェック!

2回目以降の観察時間を記載

:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

全身症状	<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/不規則 <input type="checkbox"/> (:)唇や爪が青白い		(:)には時間を記入
	<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"/> (:)犬がほえるような咳 <input type="checkbox"/> (:)息がしにくい <input type="checkbox"/> (:)持続する強いせき込み <input type="checkbox"/> (:)ゼーゼーする呼吸	<input type="checkbox"/> (:)数回の軽い咳	
呼吸器症状			
<input type="checkbox"/> (:)持続する強いお腹の痛み (がまんできない) <input type="checkbox"/> (:)繰り返し吐き続ける	<input type="checkbox"/> (:)中等度のお腹の痛み <input type="checkbox"/> (:)1~2回の嘔吐 <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	
<input type="checkbox"/> (:)顔全体のはれ <input type="checkbox"/> (:)まぶたのはれ		<input type="checkbox"/> (:)目の痒み、充血 <input type="checkbox"/> (:)口の中の違和感 <input type="checkbox"/> (:)唇のはれ <input type="checkbox"/> (:)くしゃみ・鼻水・鼻づまり	
<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"/> (:)全身が真っ赤		<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	
<input type="checkbox"/> (:)持続する強いお腹痛い (がまんできない) <input type="checkbox"/> (:)繰り返し吐き続ける			
<input type="checkbox"/> (:)顔全体のはれ <input type="checkbox"/> (:)まぶたのはれ			
<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"/> (:)全身が真っ赤			

上記の症状が
ひとつでも
あてはまる場合

ひとつでも
あてはまる場合

ひとつでも
あてはまる場合

- ただちにエピペン®使用 (:) (実施者)
- 救急車を要請
- ショック体位・その場で安静
- 可能なら抗ヒスタミン薬・ステロイド内服 (:)

反応呼吸なし

- 心肺蘇生・AED (:)

- エピペン®準備
- 抗ヒスタミン薬・ステロイド内服 (:)
- 咳がある場合、気管支拡張薬内服・吸入 (:)

- 速やかに受診 (救急車を要請可)

- 抗ヒスタミン薬内服 (:)
- ステロイド内服可
- 保健室で1時間観察
- 1時間以内に症状の改善がなければ病院を受診する

記録係()