

表 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

名前 _____ (男・女) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 年 _____ 月 _____ 日 提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※この生活管理指導表は、学校の生活において特別な配慮や管理が必要とされた場合に医師が作成するものです。

病型・治療		学校生活上の留意点	
アナフィラキシー (あり・なし) 食物アレルギー (あり・なし)	図 食物アレルギー病型 (食物アレルギーありの場合のみ記載) 1. 即時型 2. 口腔アレルギー症候群 3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	図 前食 1. 管理不要 2. 管理必要 図 食物・素材を扱う環境・活動 1. 管理不要 2. 管理必要	【緊急時連絡先】 大保護者 電話: 大連絡医療機関 医療機関名: 電話: 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____
	図 アナフィラキシー病型 (アナフィラキシーの重症ありの場合のみ記載) 1. 食物 (原因) 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3. 運動誘発アナフィラキシー 4. 昆虫 5. 医薬品 6. その他	図 運動 (体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要 図 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 図 異国産物を除去する場合は、該当する食品により厳しい除去が必要なもの ※本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した料理については、前食対応の制限となる場合があります。 鶏卵: 卵黄カレシウム 牛乳: 乳糖・乳糖酸カルシウム 小麦: 醤油・酢・味噌 大豆: 大豆油・醤油・味噌 コマ: コマ油 魚類: かつおだし・いりこだし・魚醤 内臓: エキス 図 その他の配慮・管理事項(自由記入)	
気管支ぜん息 (あり・なし)	図 緊急時に備えた処方薬 1. 内服薬 (β2刺激薬、ステロイド薬) 2. アドレナリン自己注射薬 (「エピペン®」) 3. その他	図 器材のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良 図-1 長期治療薬 (吸入) 1. ステロイド吸入薬 (薬名) () () () 2. ステロイド吸入薬/長時間作用性吸入ベータ2刺激薬配合剤 () () () 3. その他 () () () 図-2 長期治療薬 (内服) 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 (薬名) () () () 2. その他 () () () 図-3 長期治療薬 (注射) 1. 生物学的製剤 (薬名) () () ()	【緊急時連絡先】 大保護者 電話: 大連絡医療機関 医療機関名: 電話: 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____
	図 薬物の服用・除去制限 該当する食品の番号に○をし、かつ()内に除去母長を記載 () 除去制限 該当するものを()内に記載 ①明らかでない状態の反応 ②食物経口食形式試験性 ③低感受性検査陽性 ④未検出 () に具体的な食品名を記載 1. 鶏卵 () () () 2. 牛乳・乳製品 () () () 3. 小麦 () () () 4. ソバ () () () 5. ビーナッツ () () () 6. 甲殻類 () () () 7. 木の果実 () () () 8. 果物類 () () () 9. 魚類 () () () 10. 肉類 () () () 11. その他1 () () () 12. その他2 () () ()	図 運動 (体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要 図 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 1. 管理不要 2. 管理必要 図 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 図 その他の配慮・管理事項(自由記入)	

学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

名前 _____ (男・女) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 年 _____ 月 _____ 日 提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病型・治療		学校生活上の留意点		記載日		
アトピー性皮膚炎 (あり・なし)	<p>重症のめやす(厚生労働科学研究958)</p> <p>1. 軽症：顔面に限らず、軽度の皮疹のみ見られる。 2. 中等症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満に見られる。 3. 重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満に見られる。 4. 最重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上に見られる。</p> <p>*軽度の皮疹：顔面の紅斑、乾燥、青赤色の痂皮 *強い炎症を伴う皮疹：紅斑、丘疹、びらん、浸潤、百癬にまで伴う重症</p>	<p>図-1 常用する外用薬</p> <p>1. ステロイド軟膏 2. タクロリムス軟膏 (「プロトピック」) 3. 保湿剤 4. その他 ()</p>	<p>図-2 常用する内服薬</p> <p>1. 抗ヒスタミン薬 2. その他 []</p>	<p>図-3 常用する注射薬</p> <p>1. 生体学的説明</p>	<p>図 プール指導及び長時間の乗外機下での活動</p> <p>1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>図 動物との接触</p> <p>1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>図 汗汗後</p> <p>1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>図 その他の配慮・管理事項(自由記述)</p>	<p>年 月 日</p> <p>医師名 _____</p> <p>医療機関名 _____</p>
	病型・治療		学校生活上の留意点		記載日	
アレルギー性結膜炎 (あり・なし)	<p>図 病型</p> <p>1. 通年性アレルギー性結膜炎 2. 季節性アレルギー性結膜炎 (花粉症) 3. 春季カタル 4. アトピー性角結膜炎 5. その他 ()</p> <p>図 治療</p> <p>1. 抗アレルギー点眼薬 2. ステロイド点眼薬 3. 免疫抑制点眼薬 4. その他 ()</p>	<p>図 プール指導</p> <p>1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>図 部外活動</p> <p>1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>図 その他の配慮・管理事項(自由記述)</p>		<p>年 月 日</p> <p>医師名 _____</p> <p>医療機関名 _____</p>		
	病型・治療		学校生活上の留意点		記載日	
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)	<p>図 病型</p> <p>1. 通年性アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎 (花粉症) 主な症状の時期：春、夏、秋、冬</p> <p>図 治療</p> <p>1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬 (内服) 2. 鼻噴霧用ステロイド薬 3. 舌下免疫療法 (ダニ・スギ) 4. その他 ()</p>	<p>図 部外活動</p> <p>1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>図 その他の配慮・管理事項(自由記述)</p>		<p>年 月 日</p> <p>医師名 _____</p> <p>医療機関名 _____</p>		

学校における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、本票に記載された内容を学校の全教職員及び関係機関等で共有することに同意します。

保護者氏名 _____

様式1

年 月 日

保護者 各位

学校名

学校長名

年度児童生徒の食物アレルギー調査について（依頼）

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、年度学校給食において、食物アレルギー疾患を有する児童生徒に対し、症状に応じた学校給食の提供を行うため、食物アレルギー調査を実施いたします。

つきましては、下記のとおり必要書類を提出してくださるようお願いいたします。適切な対応をするための書類ですので、ご協力をお願いします。

記

1 調査対象 中学校3年生を除く全児童・生徒

2 提出期限 年 月 日（ ）

3 提出書類 ① 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用） ……医師が記入

※学校給食においてアレルギー対応食を希望する場合は、下記②とあわせて必ず提出してください。（提出の際は、新たに医療機関を受診し、医師が記入したものを提出のこと）なお、「くるみ・そば・ピーナッツ」の食品に関しては、給食では提供いたしませんので、学校生活管理指導表の提出は必要ありませんが、下記②にて子どもの状況をお知らせください。

② 食物アレルギー個人調査票 ……保護者が記入

4 その他

二戸市学校給食センターでの食物アレルギー対応は下記のとおりとなっております。

- 学校給食におけるアレルギー対応食は、医師の診断と指示に従ってアレルギーの原因となる食品を取り除いた除去食または代替食を提供します。
- アレルギー対応食の献立は、通常の給食を基本献立として除去食・代替食の対応を行います。また、アレルギー対応食用の献立表は1か月分をまとめて、アレルギーの原因となる食品の入った献立名と除去・代替の詳細を記入し、各家庭に配布します。
- アレルギー対応食の提供には、医師の診断と指示の根拠となる「① 学校生活管理指導表」が必要となります。提出がないものについては、給食での対応はできません。
- 現在の人員及び施設での対応のため、調査結果によっては弁当持参をお願いする場合がありますのでご了承願います。

様式2

食物アレルギー個人調査票

食物アレルギーがありますか。

ない ・ 過去にあった ・ 現在ある

(現在あるに○をつけた方は以降の質問にお答えください。それ以外の方はここで終了です。服薬の関係で、給食で配慮が必要な方は、最後の欄にご記入ください。)

記入日： 年 月 日 ()

学校名： (ふりがな：)

児童生徒名： 年 組

記入者名： (続柄：)

I 食物アレルギーについて

1 発症について

(1) 最初に症状が出た時期・年齢 (歳 ヶ月頃)

原因食品 ()

(2) 最近、症状が出た時期・年齢 (歳 ヶ月頃)

原因食品 ()

2 現在、除去をしている食べ物がありますか

ない ある (食べ物名：)

3 2で“ある”場合、除去の判断をしたのは誰ですか

医師 保護者 その他 ()

4 過去に除去をしていたが、現在は食べられるようになった食べ物がありますか

ない ある (食べ物：)

II 食物アレルギーの具体的な症状について

1 原因食品を摂取後にでる症状について記入してください。

食 品 名	症 状
	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある (症状：)
	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある (症状：)
	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある (症状：)
	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある (症状：)

(症状を選択肢A～Jから選んで記入してください)

- A. アナフィラキシー症状
- B. 顔や目の周りの赤み、腫れ
- C. 口やのどのかゆみ
- D. 舌や唇の腫れ
- E. 声がかすれる
- F. 喘息
- G. 腹痛
- H. 嘔吐
- I. 下痢
- J. その他 (A～I以外の症状を具体的にご記入ください)

2 II 1で選択肢Aを記入した方は下記にお答えください。

(アナフィラキシーの回数： 回、最終発症年月： 年 月、原因：)

※「エピペン」を処方されている場合にお答えください。

・今までに「エピペン」を使用した回数： 回

・最後に「エピペン」を使用したときの状況

(最終使用日： 年 月 日 注射した人： 症状：)

3 運動後に症状がでたことがありますか

ない ある (食事との関連あり 食事との関連なし 不明)

→ 裏面に続きます。

Ⅲ 現在、食物アレルギーの治療のために使用している薬はありますか

ない

ある→下の項目について記入してください

①薬品名

内服薬 () 吸入薬 ()

外用薬 () 注射薬 ()

その他 ()

②学校に薬品の携帯を希望しますか

希望しない

希望する (薬剤名:)

③お子様は自分で薬の管理ができますか

管理できる

管理できない

Ⅳ 学校給食において食物アレルギーによる個別対応を希望しますか

いいえ→給食を食べる

給食には使用されないため (くるみ・そば・ピーナッツ・生卵や生魚卵などの生もの等)

自分で取り除いたり、食べないようにするため

はい →下の項目について当てはまるものにチェックを入れてください

給食を停止し、弁当を持参する

牛乳・パン・ごはんの停止を希望する

(停止を希望する食品:)

献立により、除去食・代替食を希望する

(個別に相談し、毎月予定献立表で確認しながら実施)

除去・代替食を希望する場合は下の囲みの中をお読みいただき、チェックを入れてください。

～除去食・代替食について～

(1) アレルゲンを含む調味料 (醤油の小麦や味噌の大豆等)・だし (かつおや煮干、ほたてエキス等) 油 (ごま油や大豆油等)・添加物 (香料等) の除去が必要。

(2) コンタミネーション (微量混入)、同一製造ラインの食品についても除去指示がある。

例: えびアレルギーでちりめんじゃこ (えび等が混ざる漁法で採取している製品) の除去

(3) 食器や調理器具の共有ができない。

(4) 油の共有ができない。

例: えびフライを揚げ、アレルゲンのえび等のエキスが油に残っている可能性もある

(1)～(4)について、どちらかにチェックを入れてください。

全て該当なし 該当あり ()

※ 該当ありの場合は、安全性の最優先のため、弁当持参をお願いする場合があります。

※なお、「くるみ・そば・ピーナッツ」に関しては、給食では提供いたしませんので学校生活管理指導表の提出は必要ありませんが、下記の項目の該当するものに○をして、アレルギーがある旨をお知らせください。

くるみ ・ そば ・ ピーナッツ

Ⅴ お子様の食物アレルギー等について、心配なことがありましたらご記入ください (服薬の関係で給食に配慮が必要な方は、こちらにご記入ください)

様式3 (例文)

年 月 日

〇〇消防長 様

学校名・校長名

緊急時の連携について (依頼)

下記の児童生徒について、緊急時の対応にご配慮いただきますようお願いいたします。

記

1. 対象児童生徒名 性別 () (年 月 日生)
2. 保護者名
3. 住 所
4. 電話番号
5. 緊急連絡先 ①
②
6. 児童生徒の状況について
 - ①診断名
 - ②かかりつけ医療機関
医療機関名 (科)
主治医名
住 所
電話番号
 - ③児童生徒の状況

保護者の承諾について

上記の緊急時連携の依頼について、承諾いたします。

保護者名

印

様式4 表面

個別支援プラン（食物アレルギー）

作成日 年 月 日

名前	()年()組()番 ^{フリガナ} 名前()
生年月日	年 月 日

食物アレルギーの病型 ※学校生活管理指導表より該当するもの	<input type="checkbox"/> 即時型 <input type="checkbox"/> 口腔アレルギー症候群 <input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー		
原因食品			
除去の程度			
発症時の症状			
頻度	番号で記入する (①必ず出る ②ほとんど出る ③時々出る)		
アナフィラキシー既往歴	有 ・ 無		
緊急時処方薬	薬剤		管理方法
	<input type="checkbox"/> 内服薬（薬品名： ）		<input type="checkbox"/> 本人（保管場所 ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
	<input type="checkbox"/> 「エピペン」（アドレナリン自己注射薬）		<input type="checkbox"/> 本人（保管場所 ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
	<input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> 本人（保管場所 ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
薬剤使用時の留意事項			
学校生活における留意点	運動		
	授業		
	行事		
	食事給食	(給食については裏面に詳細を記入)	
	その他		

※緊急時連絡先等は「食物アレルギー緊急時個別対応カード」に記載

学校における日常の取組および緊急時の対応に活用するため、記載された内容を教職員全員で共有することに同意します。

年 月 日 保護者名 印

様式4 裏面

個別支援プラン（食物アレルギー）

学校給食における決定事項

	決定（ 年 月 日）	決定（ 年 月 日）	決定（ 年 月 日）
レベル1 詳細な献立表 対応			
レベル2 弁当対応	完全弁当対応 一部弁当対応 （ ）	完全弁当対応 一部弁当対応 （ ）	完全弁当対応 一部弁当対応 （ ）
レベル3 除去食対応	除去する食品	除去する食品	除去する食品
レベル4 代替食対応			
その他			

※二戸市では「詳細な献立表対応【レベル1】」は行いません。

学校での様子

	年 月 日	年 月 日	年 月 日
症 状			
経過措置			
その他			

その他特記事項等面談記録

面談日	特 記 事 項	最終診察日
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		

様式 5

個別支援プラン（食物アレルギー以外）（例）

作成日 年 月 日

名 前	()年()組()番 名前()性別()
生年月日	年 月 日生
保護者名	
住 所	
電話番号	

原因物質					
発症時の症状	アナフィラキシーの有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	発症時の症状				
緊急時の対応	<input type="checkbox"/> 保護者に連絡する <input type="checkbox"/> 救急車要請 <input type="checkbox"/> 処方薬あり <input type="checkbox"/> その他 ()				
	詳細				
学校生活における留意点	運動				
	行事				
	その他				
薬剤使用時の留意事項	使用薬剤				
	管理方法	<input type="checkbox"/> 本人（保管場所： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	使用上の留意点				
保護者記入欄	緊急連絡先	名 前	続 柄	電話番号（○をつけてください）	
				(自宅・携帯・職場)	
				(自宅・携帯・職場)	
	医療機関連絡先	病院名（診療科）	主治医名	電話番号	カルテ NO など

学校における日常の取り組みおよび緊急時の対応に活用するため、記載された内容を教職員全員で共有することに同意します。

年 月 日 保護者名

印

食物アレルギー緊急時個別対応カード (例)

年 組 番・名前 _____ 生年月日 _____ 年 月 日生

住所 _____

緊急時連絡先	連絡順	名前	本人との関係	電話・携帯番号	名称等
	1				
	2				
	3				

医療機関	医療機関名	医師の名前	医療機関住所	電話番号
主治医				
緊急時				
アレルギーについて	アナフィラキシーショックの既往	有 無	ぜん息 (アナフィラキシー重症化の危険因子)	有 無
	アレルギーの原因となるもの			
	内服薬等	有 (薬: _____) 無		内服薬等保管場所
	「エピペン」	有 (mg 有効期限 年 月) 無		「エピペン」保管場所

特に過敏であることが予想され注意を要する食品

学校での対応

原因がわからなくても軽い症状が出ている

- 皮膚 : 限られた範囲のかゆみ、じんましん (数個)、部分的に赤い斑点
- 口 : 口のかゆみ、唇が少し腫れている
- 呼吸 : 軽い咳、くしゃみ

特に過敏であることが予想され注意を要する食品を食べた (かもしれない)

上記の食品を食べ (または食べたことが予想され)、何らかの症状が出現した場合

中等度～重度の症状がある
特に太字で示す症状がひとつでも出たら

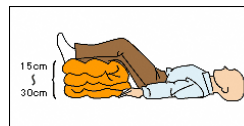
- 皮膚: じんましん (10 個以上)、強いかゆみ、舌や唇の腫れ
- お腹: 腹痛、嘔吐、下痢、**お腹と皮膚の症状が同時にある** (嘔吐、下痢、腹痛に湿疹 (じんましん) が伴う)
- 呼吸: **繰り返す咳、息苦しい**
呼吸時ゼーゼー・ヒューヒューと鳴る
かすれ声、声が出ない、のどのイガイガ、のどのかゆみ
- 脈・顔色: **脈が速い・不規則**、**顔色が青白い**
- 様子: **不安、恐怖感、ぐったり、うとうと、意識がもうろう**

学校の対応

- 職員の応援を呼ぶ。必ず職員が本人に付き添い衣服をゆるめ、安静にして注意深く観察する ※本人を動かさない
- 救急車を呼ぶ (119 番)
- 「エピペン」準備、本人に持たせる (症状が進行するなら打つことを考慮する)
- 内服薬等があれば服薬するよう指示する
- 保護者に連絡する
- 記録開始 (裏面に記入)

学校の対応

- 職員の応援を呼ぶ。必ず職員が本人に付き添う ※本人を動かさない
- 直ちに「エピペン」注射
- 救急車を呼ぶ (119 番)
- 保護者に連絡する
- 衣服をゆるめ保温し、安静にして救急車を待つ
- 記録開始 (裏面に記入)



意識がある時
※呼吸困難があれば座らせても良いが、立たせない

意識がない時



保護者確認年月日 _____ 年 月 日 保護者名 (_____ 印)

※あくまで目安であることをご理解ください。この対応カードは緊急時に備え教職員全員及び消防署で情報共有します。

食物アレルギー緊急時個別対応カード

緊急時個別対応経過記録表 記載者名 ()

1	食べた(摂取した)時刻	年 月 日 時 分				
2	食べた(摂取した)状況	食べた・摂取したもの()量()場所()				
3	処置	アレルギーの除去	□口の中のものを取り除く □口をすすぐ □手を洗う □目や顔を洗う			
		緊急時処方薬	内服薬()	時 分	吸入薬()	時 分
		「エピペン」	「エピペン」を準備、本人に持たせる		時 分	
		「エピペン」注射(あり なし)		ありの場合→	時 分	
4	救急車要請 誰が()	救急車を要請した時刻	時 分	救急車到着時刻	時 分	
5	医療機関	医療機関 連絡時刻	時 分	医療機関到着時刻	時 分	
6	医療機関搬送先	同乗者:				
7	保護者 誰が()	保護者への連絡時刻	時 分(内容:)			
8	症状 ※確認された症状に○	軽い症状 (時 分頃から出現)				
		・皮膚: 限られた範囲のかゆみ、じんましん(数個)、部分的に赤い斑点 ・口: 口のかゆみ、唇が少し腫れている ・呼吸: 軽い咳、くしゃみ				
		中等度～重度の症状 (時 分頃から出現)				
		・皮膚: じんましん(10個以上)、強いかゆみ、舌や唇の腫れ ・お腹: 腹痛、嘔吐、下痢、お腹と皮膚の症状が同時にある (嘔吐、下痢、腹痛に湿疹(じんましん)が伴う) ・呼吸: のどのイガイガ、のどのかゆみ、繰り返す咳、息苦しい 呼吸時ゼーゼー・ヒューヒューと鳴る、かすれ声、声が出ない ・脈・顔色: 脈が速い、脈が不規則、顔色が青白い ・様子: 不安、恐怖感、ぐったり、うとうと、意識がもうろう				
9	バイタルサイン	脈拍(回/分)	呼吸(荒い ふつう)	体温(°C)		
10	その他					

救急車(119番)に伝える内容 救急車要請者名 ()

「救急です!」学校の所在地は() () 学校です。 患者の名前は・・・() です。() 歳です。 患者は・・・() を摂取し、アレルギー症状が出ています。 学校の電話番号は() です。	※事前に 記入
●患者は「エピペン」を処方 □されています □されていません ・「エピペン」を □注射しました □注射していません ・意識は □あります □ありません ・呼吸は □普通にしています □苦しそうです □していません ・じんましんは □全身に出ています □体の一部に出ています ・嘔吐や下痢は □あります □ありません	

アナフィラキシー緊急時対応経過記録票(2)

〇〇学校 ☎△△△-△△△△

記録者									
医療機関	搬送方法		救急車依頼時刻		同乗者		搬送時刻		
	救急車	その他()	:				:		
	主治医医療機関名		主治医名		電話番号		備考		
記録	時刻	経過・対応			血圧 (mmHg)	脈拍 (回/分)	呼吸数 (回/分)	体温 (℃)	備考
	:								
	:								
	:								
	:								
	:								
	:								
	:								
	:								
	:								
	:								
	:								
	:								

◆症状の程度

	軽い症状	中等度の症状	重度の症状
皮膚	<ul style="list-style-type: none"> 限られた範囲のかゆみ 部分的に赤い斑点 じんましん(数個以内) 唇が少し腫れている 	<ul style="list-style-type: none"> 強いかゆみ 赤い斑点があちこちに出現 じんましん(10個以上) まぶたや唇が腫れ上がる 	<ul style="list-style-type: none"> 激しい全身のかゆみ 全身が真っ赤 全身にじんましん
口・お腹	<ul style="list-style-type: none"> 口の中のかゆみ 	<ul style="list-style-type: none"> 吐き気もしくは1回の嘔吐 軟便もしくは1回の下痢 時々腹痛が起きる 	<ul style="list-style-type: none"> 嘔吐を繰り返す 数回以上の下痢 激しい腹痛
呼吸	<ul style="list-style-type: none"> 時々咳が出る くしゃみ 	<ul style="list-style-type: none"> 断続的な咳 鼻づまり、鼻水 のどのイガイガ、のどのかゆみ 	<ul style="list-style-type: none"> 声かれ、声が出にくい 絶え間ない激しい咳込み 犬が吠えるような咳 呼吸時ゼーゼー、ヒューヒューと鳴る 息切れ、息苦しい、呼吸困難
脈・顔色	変化なし	変化なし	<ul style="list-style-type: none"> 脈が速い 脈が不規則 顔色が青白い 唇や爪が白い、紫色
様子	変化なし	元気がない(不活発)	<ul style="list-style-type: none"> 不安、恐怖感 ぐったり うとうと 意識がもうろう

様式 7

緊急時個別対応経過記録表（食物アレルギー以外）（例）

クラス		年 組			性別	
児童生徒名					男 ・ 女	
1	アレルギー接触時刻	年 月 日 時 分				
2	アレルギー接触状況	アレルギー（ ） 量（ ） 場所（ ）				
3	処 置	アレルギーの除去	□口の中のものを取り除く □口をすすぐ □手を洗う □目や顔を洗う			
		緊急時処方薬	内服薬（ ）	時 分		
	吸入薬（ ）		時 分			
	その他（ ）		時 分			
4	救急車	救急車要請した時刻	時 分	救急車到着時刻	時 分	
5	医療機関	医療機関連絡時刻	時 分	医療機関到着時刻	時 分	
6	医療機関搬送先				同乗者：	
7	保護者	保護者への連絡時刻	時 分	（内容： ）		
8	症状 ※確認された症状に ○	軽い症状（ 時 分頃から出現）				
		<ul style="list-style-type: none"> ・皮膚：限られた範囲のかゆみ、じんましん（数個）、部分的に赤い斑点 湿疹目の充血 ・口：口のかゆみ、唇が少し腫れている ・呼吸：軽い咳、くしゃみ 				
8	症状 ※確認された症状に ○	中等度～重度の症状（ 時 分頃から出現）				
		<ul style="list-style-type: none"> ・皮膚：じんましん（10個以上）、強いかゆみ、舌や唇の腫れ ・お腹：腹痛、嘔吐、下痢、お腹と皮膚の症状が同時にある（嘔吐、下痢、腹痛に湿疹（じんましん）が伴う） ・呼吸：のどのイガイガ、のどのかゆみ、繰り返す咳、息苦しい呼吸時ゼーゼー・ヒューヒューと鳴る、かすれ声 声が出ない、息を吸うときにのどや胸部の下が引っ込む 苦しくて横になれない ・脈・顔色：脈が速い、脈が不規則、顔色が青白い ・様子：不安、恐怖感、ぐったり、うとうと、意識がもうろう 				
9	バイタルサイン	脈拍（ 回/分 ）	呼吸（ 荒い ふつう ）	体温（ ℃ ）		
10	その他					

救急車（119番）に伝える内容 救急車要請者名（ ）

<p>「救急です！」</p> <p>学校の所在地は（ ）（ ）学校です。</p> <p>患者の名前は（ ）です。（ ）歳です。</p> <p>患者は（ ）を摂取し、アレルギー症状が出ています。</p> <p>学校の電話番号は（ ）です。</p> <p>●患者の状態は・・・</p> <ul style="list-style-type: none"> ・意識は <input type="checkbox"/>あります <input type="checkbox"/>ありません ・呼吸は <input type="checkbox"/>普通にしています <input type="checkbox"/>苦しそうです <input type="checkbox"/>していません ・その他 <p>（ ）</p>	<p>※事前に 記入</p>
--	--------------------

様式 8

年 月 日

（学校名）

（年組）

（児童生徒氏名）

本児童生徒は学校生活管理指導表により除去していた
（食品名： _____）について、医師の指導の元、これまでに
複数回摂取して症状が誘発されていませんので、学校給食における
除去解除をお願いします。

（保護者氏名）
