**年　　組　氏名**

様式１１

**主治医様**

**学校において管理する上で気をつけた方が良いことをご指導お願いします。**

**裏面の「アレルギー緊急対応マニュアル」アナフィラキシー症状について、当該児が起こしやすい症状（過去に起きた症状）がわかれば○をつけ教えてください。今後、対応について確認することがある場合、学校から連絡させていただくことがありますので、よろしくお願いいたします。**

**アナフィラキシーの原因、病型　＜当てはまるところへ○、必要事項があれば記入＞**

**１　食物　（アナフィラキシー型）　　（原　因　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**１）　給食除去について**

**①　原因食品そのもののみ除去食対応**

**加熱調理で摂取　　　　　不可　・　可**

**②　完全除去・・・（　　　）原材料（だし・調味料・添加物等）も含めて除去**

**（　　　）コンタミネーションも除去**

**２）　対応について　　　　　　　　給食対応のみ　・　食品に触れる場合も注意**

**３）　経過について**

**食物負荷試験を　　進めている　・　　進めていない**

**現在の家での摂取可能量、状況（　　　　　　　　　　　　　　）**

**２　食物依存性運動誘発アナフィラキシー　　　　　　運動制限　　必要　・　不要**

**２の場合、食物除去は　　必要　・　不要**

**３　運動誘発アナフィラキシー**

**食後（　　　　　）時間の運動制限**

**昼休みの運動　　可　・　不可**

**５校時の運動　　 可　・　不可**

**部活動においての配慮　　要　・　不要**

**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**４　学校へ伝えたいこと（気をつけることなど）があれば、記入してください。**

**医療機関名：**

**電話番号：**

**医師名：**

**連絡可能な時間帯：**

**アレルギー緊急対応マニュアル（個別）**

＜例＞

**年　　　組　氏名**

**生年月日　　　　年　　　　月　　　　日**

**原因食品　　卵　・　えび　・　かに　（例）**

**・体調が悪いときに起きる可能性がある。（注意事項等）**

**・給食後が要注意。**

症状が１つでも

あればすぐにエピペン使用！

|  |  |
| --- | --- |
| 消化器症状： | ○繰り返し吐き続ける○持続する強いおなかの痛み |
| 呼吸器症状： | ○のどや胸が締め付けられる　　　○声がかすれる○犬が吠えるような咳　　○持続する強い咳込み　　○ゼーゼーする呼吸 |
| 全身症状：　 | ○唇や爪が青白い　　○脈をふれにくい、不規則　　○意識がはっきりしない○ぐったりしている　　○尿や便をもらす　　○　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**アナフィラキシーが起きたとき**

**★保護者に連絡**

**アナフィラキシーが起きたため、病院（　　　　　　）へ向かってほしい。**

**母携帯090－○○○―○○○○**

**職場 027-○○○―○○○○**

**父携帯090－○○○―○○○○**

**職場027-○○○―○○○○**

**★救急車の要請　１１９**

**「アナフィラキシーです」と必ず告げる。**

**主治医は、**

**「○○病院小児科、○○先生」０２７－○○○―○○○○**

**＊校門に誘導係を付ける。**

**★・内服薬を飲ませる。**

**・エピペンを打つ**

**（打ち方は裏面参照）**

**保管場所**

**保健室　戸棚の中**

**その他**

**同時進行で行う**

指示

役割確認

**・他児の対応**

**・誘導　・記録**

**校　長**

**栄養士**

**教　頭**

**養護教諭**

**担任・発見者**

**・アレルギーファイル（管理指導表、個別取組プラン）の確認不在時は、他の職員**

**・救急処置**

**・エピペン確認**

**・インターフォンで職員室に連絡**

**・アナフィラキシーの場合は基本その場で対応、安易に移動させない（救急隊が到着してから移動）**

**・学年の先生に連絡**

**当日の給食の食**

**材の原材料を調**

**べる（献立表・成**

**分分析表・保存食**

**等）**

**・１１９番**

**・保護者への連絡**

**・内外の連絡調整**

**・市教育委員会への連絡**

不在時は他の職員で対応できるように