

※必要に応じて枠の増減や文字の大きさ等は変更可

記入例

秘

日光市立 学校 〇 - 〇) H 年 月

緊急時の対応【 **学校記入** 】

アレルギー： _____

自宅住所： _____

衣服や体にアレルギー源の食物が付いてしまった。 → 服や体に付いたアレルギー源を拭取り、手を良く洗わせる。かゆみがある場合は、(かゆみ止め)を塗る。

アレルギー食物を食べてしまった場合

学校に持参・保管している薬等 (保管場所)

薬品名等	保管場所		

学校記入

薬が飲める状態

- ・じんましん
- ・軽い咳
- ・その他 (_____)

保護者記入 主治医と相談

・安静にする・衣服をゆるめる
・一口水を飲ませて様子を見る

水が、飲める →

・咳込み・息苦しい
・水が飲めない →

保護者記入 主治医と相談

アナフィラキシー(ショック) *薬が飲めない状態

消化器の症状	・繰り返し吐き続ける ・持続する強い(がまんできない)おなかの痛み
呼吸器の症状	・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・持続する強い咳き込み ・ゼーゼーする呼吸・息がしにくい
全身の症状	・唇や爪が白い・脈を触れにくい、不規則 ・意識がもうろうとしている・ぐったりしている ・尿や便を漏らす

※詳細は裏面参照

保護者連絡先

順	続柄・氏名	電話番号
1	保護者記入	
2		
3		

救急車の要請 119

① アドレナリン自己注射薬を処方されていることを救急隊員に伝える

② 以下を救急隊員に渡す

- ・使用済みアドレナリン自己注射薬
- ・学校生活管理指導表
- ・原材料明記の献立表

アドレナリン自己注射薬の使用

- ・安全キャップを外す。
- ・ズボンの上からでもOK
- ・太ももに真っ直ぐ押しつける。
- ・カチッと音がしてから**5秒間**押し付ける。(ゆっくり「10」数える。)

報告

怪我等で病院へ搬送する場合は、「アレルギーの原因食物」を伝える。例：小麦・牛乳など

病院へ搬送

<緊急搬送先>

医療機関名： _____

☎ カルテNo. _____

保護者記入 主治医と相談

<主治医>

医療機関名： _____

主治医： _____ 先生

☎ _____

カルテNo. _____

保護者記入 主治医と相談

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

保護者記入 令和 年 月 日 保護者署名： _____ 印