

様式6 記入例

緊急時の対応【

さん（ ）】

年 月 日生

アレルギー：

既往歴、服薬等：

自宅住所：

電話番号：

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）

保管場所	職員室 戸棚	本人
薬品名等		
エビペン®0.3ml	○	○
セレスタミン1錠	○	○
レスタミン	○	○

薬が飲める状態

- ・じんましん
- ・軽い咳
- ・その他（ ）

- ・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

- 抗ヒスタミン剤（ ）
  - ステロイド剤（ ）
- を飲ませて保護者へ連絡する。

保護者連絡先

順	続柄・氏名	電話番号
1	父 日光太郎	22-1111
2	母 日光花子	090-XXXX-YYYY
3		

※病院へ搬送する場合は「アレルギーの原因物質」を伝える。例：乳など

<緊急搬送先>

医療機関名：  
☎  
カルテNo.

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

救急車の要請

119

- ①エビペン®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
  - ・使用済みエビペン®
  - ・学校生活管理指導表
  - ・原材料明記の献立表

病院へ搬送

エビペン®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

<主治医>

医療機関名： ○× 医院

主治医： ○○○○ 医師

☎ 0288-54-1111

カルテNo. ○○-○○○

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。

令和 6年 4月 1日 保護者署名： 日光太郎 印