

食物アレルギーにおけるエピペンおよび内服薬に関する指示書

この児童は食物アレルギーがありますので、下記の症状が出た場合には、エピペン _____ mg の注射を指示します。内服薬は、(あります ・ ありません)

児童名	生年月日	平成	年	月	日
原因物質	卵・乳・大豆・小麦・その他 (_____)				

下表は、厚生労働省「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」と、東京都「食物アレルギー緊急時対応マニュアル」をもとに作成したものです。緊急時には、チェックリストとしても使用します。

この児童については、下表の対応でよろしいでしょうか。 → 下表の対応でよい。
 下表は該当しない。



全身の 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"/> 脈が触れにくいまたは不規則 <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い	<input type="checkbox"/> 数回の軽い咳	どちらかにチェックを お願いします
-----------	--	---------------------------------	----------------------

呼吸器の 症状	<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"/> 犬が吠えるような咳 <input type="checkbox"/> 息がしにくい <input type="checkbox"/> 持続する強い咳き込み <input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸	<input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ <input type="checkbox"/> まぶたの腫れ <input type="checkbox"/> 唇の著明な腫れ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ、充血 <input type="checkbox"/> 口の中での違和感・唇の腫れ <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、鼻づまり
------------	---	--	--

消化器の 症状	<input type="checkbox"/> 強いお腹の痛み <input type="checkbox"/> 3回以上の嘔吐	<input type="checkbox"/> 中等度のおなかの痛み <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 <input type="checkbox"/> 吐き気
------------	--	---	--

目・口 鼻・顔面 の症状	上記の症状が 1つでもあてはまる場合	<input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ <input type="checkbox"/> まぶたの腫れ <input type="checkbox"/> 唇の著明な腫れ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ、充血 <input type="checkbox"/> 口の中での違和感・唇の腫れ <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、鼻づまり
--------------------	-----------------------	--	--

皮膚の 症状	<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"/> 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"/> 部分的なじんましん <input type="checkbox"/> 部分的な赤み
-----------	---	---	--

1つでもあてはまる場合

1つでもあてはまる場合

**ただちにエピペンを使用
救急車で医療機関へ搬送**

すみやかに医療機関受診
救急車要請も考慮
症状の変化を観察
エピペンの使用をしてもよい

安静にして注意深く観察
内服薬がある場合は飲ませる
保護者と相談して受診または経過観察

内服薬の指示がある場合は、こちらにご記入をお願いします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 この指示の有効期限 おおよそ _____ か月	主治医	医療機関名： 住所： 電話番号： 医師名：
--	-----	--------------------------------

