

アレルギー調査票

記入日：令和 年 月 日

ふりがな

年 組 番 児童生徒氏名

保護者氏名

1 お子さんにはアレルギーがありますか（医師の診断結果によるもの）。

 なし → 調査終了です。

あり： 食物アレルギー アナフィラキシー 気管支ぜん息
 アトピー性皮膚炎 アレルギー性結膜炎 アレルギー性鼻炎
 その他（ ）

→ 「あり」の場合、次の質問にお進みください。

2 アレルギー症状を起こす原因物質は何ですか。また、具体的な症状を教えてください（運動後に症状がある場合はその旨御記入ください）。

どちらかに○	原因物質名	症状（顔の腫れ、口・のどのかゆみ、舌・唇の腫れ、腹痛、嘔吐、下痢、アナフィキシー症状等）
食物・食物以外		
食物・食物以外		
食物・食物以外		
食物・食物以外		
食物・食物以外		

3 運動によりアレルギー症状を発症したことはありますか。

 なし あり：食事との関連 なし 不明 あり（原因食物名 ）

4 アナフィラキシー又はアナフィラキシーショックの経験はありますか。

 なし あり：回数 回、最終発症日 年 月 日

5 処方薬等がありますか。

 なし あり： アドレナリン自己注射薬（エピペン®） 内服薬（ ） その他（ ）

6 学校におけるアレルギー対応を希望しますか。

 希望しない 希望する → 希望する場合、学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）の提出をお願いしています。該当者には、後日用紙を配付します。

7 その他、アレルギー対応に係り学校に知らせたほうがよいと思われることがあれば御記入ください。

8 学校における食物アレルギー対応を希望する場合、緊急連絡先を御記入ください。

	氏名	続柄	電話番号		特記事項 (勤務先名称等)
			自宅	携帯	
1					
2					
3					

学校における食物アレルギー対応や緊急時及び災害時の対応のため、本調査票の内容や食物アレルギー対応に係る関係書類（個別支援プラン、緊急時の連携に係る消防機関あて情報提供文書等）について全職員で共有し、関係する機関や支援団体において、必要な限度で利用することに同意します。

保護者署名

年 月 日

保護者 様

学校
校長

「アレルギー調査票」の提出について（依頼）（例）

（ ）の候、保護者の皆様には益々ご健勝のことと存じます。

日頃から、本校の教育に御理解と御協力をいただき、感謝申し上げます。

本校では、アレルギー疾患を有する児童生徒の学校生活をより安心して安全なものとするため、アレルギー疾患について詳しい情報を把握し、適切に対応するよう努めているところです。

つきましては、別添「アレルギー調査票」を記入していただき、学校に御提出くださるようお願いいたします。

また、学校での対応を希望する場合は、「アレルギー調査票」を提出していただいた後に、主治医の診断に基づき学校における対応を検討いたします。医師が診断する「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」が必要になりますので、その際は御協力いただくようお願いいたします。

【表】学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)

学校名		学校医等	
-----	--	------	--

名前 _____ (男・女) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 年 _____ 組 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なっ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	緊急時連絡先												
アナフィラキシー (あり・なし)	A 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	A 給食 1. 管理不要 2. 管理必要 B 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要	★保護者 電話: _____												
	B アナフィラキシー病型(アナフィラキシーの既往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 (_____)	C 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要 D 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要	★連絡医療機関 医療機関名: _____ 電話: _____												
	C 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に除去根拠を記載 1. 鶏卵 《 _____ 》 [除去根拠] 該当するものを《 》内に記載 2. 牛乳・乳製品 《 _____ 》 ① 明らかな症状の既往 ② 食物経口負荷試験陽性 3. 小麦 《 _____ 》 ③ IgE抗体等検査結果陽性 ④ 未摂取 4. ソバ 《 _____ 》 ()に具体的な食品名を記載 5. ピーナッツ 《 _____ 》 6. 甲殻類 《 _____ 》 (すべて・エビ・カニ _____) 7. 木の実類 《 _____ 》 (すべて・クルミ・カシュー・アーモンド _____) 8. 果物類 《 _____ 》 (_____) 9. 魚類 《 _____ 》 (_____) 10. 肉類 《 _____ 》 (_____) 11. その他1 《 _____ 》 (_____) 12. その他2 《 _____ 》 (_____)	E 原因食物を除去する場合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、給食対応が困難となる場合があります。 鶏卵: 卵殻カルシウム 牛乳: 乳糖・乳清焼成カルシウム 小麦: 醤油・酢・味噌 大豆: 大豆油・醤油・味噌 ゴマ: ゴマ油 魚類: かつおだし・いりこだし・魚醤 肉類: エキス	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ (印)												
	D 緊急時に備えた処方薬 1. 内服薬(抗ヒスタミン薬、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 (_____)	F その他の配慮・管理事項(自由記述)	医療機関名 _____												
気管支ぜん息 (あり・なし)	A 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良	A 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要	★保護者 電話: _____												
	B-1 長期管理薬(吸入) <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:60%;"></th> <th style="width:20%;">薬剤名</th> <th style="width:20%;">投与量/日</th> </tr> <tr> <td>1. ステロイド吸入薬</td> <td>(_____) (_____)</td> <td>(_____)</td> </tr> <tr> <td>2. ステロイド吸入薬/長時間作用性吸入ベータ刺激薬配合剤</td> <td>(_____) (_____)</td> <td>(_____)</td> </tr> <tr> <td>3. その他</td> <td>(_____) (_____)</td> <td>(_____)</td> </tr> </table>		薬剤名	投与量/日	1. ステロイド吸入薬	(_____) (_____)	(_____)	2. ステロイド吸入薬/長時間作用性吸入ベータ刺激薬配合剤	(_____) (_____)	(_____)	3. その他	(_____) (_____)	(_____)	B 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	★連絡医療機関 医療機関名: _____ 電話: _____
		薬剤名	投与量/日												
	1. ステロイド吸入薬	(_____) (_____)	(_____)												
2. ステロイド吸入薬/長時間作用性吸入ベータ刺激薬配合剤	(_____) (_____)	(_____)													
3. その他	(_____) (_____)	(_____)													
B-2 長期管理薬(内服) <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:60%;"></th> <th style="width:40%;">薬剤名</th> </tr> <tr> <td>1. ロイコトリエン受容体拮抗薬</td> <td>(_____)</td> </tr> <tr> <td>2. その他</td> <td>(_____)</td> </tr> </table>		薬剤名	1. ロイコトリエン受容体拮抗薬	(_____)	2. その他	(_____)	C 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ (印)							
	薬剤名														
1. ロイコトリエン受容体拮抗薬	(_____)														
2. その他	(_____)														
B-3 長期管理薬(注射) <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:60%;"></th> <th style="width:40%;">薬剤名</th> </tr> <tr> <td>1. 生物学的製剤</td> <td>(_____)</td> </tr> </table>		薬剤名	1. 生物学的製剤	(_____)	D その他の配慮・管理事項(自由記述)	医療機関名 _____									
	薬剤名														
1. 生物学的製剤	(_____)														
C 発作時の対応 <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:60%;"></th> <th style="width:20%;">薬剤名</th> <th style="width:20%;">投与量/日</th> </tr> <tr> <td>1. ベータ刺激薬吸入</td> <td>(_____) (_____)</td> <td>(_____)</td> </tr> <tr> <td>2. ベータ刺激薬内服</td> <td>(_____) (_____)</td> <td>(_____)</td> </tr> </table>		薬剤名	投与量/日	1. ベータ刺激薬吸入	(_____) (_____)	(_____)	2. ベータ刺激薬内服	(_____) (_____)	(_____)						
	薬剤名	投与量/日													
1. ベータ刺激薬吸入	(_____) (_____)	(_____)													
2. ベータ刺激薬内服	(_____) (_____)	(_____)													

年 月 日

保護者 様

学校

校長

「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の提出について（依頼）（例）

（ ）の候、保護者の皆様には益々ご健勝のことと存じます。

日頃から、本校の教育に御理解と御協力をいただき、感謝申し上げます。

本校では、アレルギー疾患を有する児童生徒の学校生活をより安心して安全なものとするため、アレルギー疾患について詳しい情報を把握し、適切に対応するよう努めているところです。

つきましては、学校生活において特に配慮や健康管理が必要な場合は、別添「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」を主治医に記入していただき、学校に御提出くださるようお願いいたします。なお、文書料が必要な場合がありますが、御了承ください。

また、「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」を提出していただいた後に、主治医の診断に基づき、学校での具体的な取組やより適切な健康管理、対応方法等を検討するため、保護者の方と面談することとしていますので、御協力をお願いします。

年 月 日

主治医 様

学校

校長

「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の提出について（依頼）（例）

（ ）の候、保護者の皆様には益々ご健勝のことと存じます。

日頃から、本校の教育に御理解と御協力をいただき、感謝申し上げます。

本校では、アレルギー疾患を有する児童生徒の学校生活をより安心して安全なものとするため、アレルギー疾患について詳しい情報を把握し、適切に対応するよう努めているところです。

つきましては、主治医の先生方の診断に基づき、学校での具体的な取組やより適切な健康管理、対応方法を検討したいと考えておりますので、別添「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」を御記入くださいますようお願いいたします。

個別支援プラン（食物アレルギー）

決 定 年 月 日 学校名

保護者確認 年 月 日 保護者名

名前	年 組 番 <small>フリガナ</small> 名前			
生年月日	平成・令和 年 月 日			
食物アレルギーの病型	<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			
原因食物と発症時の症状	原因食物	発症時の症状		
アナフィラキシーの既往・病型	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり： <input type="checkbox"/> 食物（原因： ） <input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー（原因： ）			
緊急時処方薬	薬剤	管理方法・保管場所		
	<input type="checkbox"/> 内服薬（ ）	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他（保管場所 ）		
	<input type="checkbox"/> 「エピペン®」（アドレナリン自己注射薬）	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他（保管場所 ）		
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他（保管場所 ）		
	使用時の留意事項：			
学校生活における留意点	給食	給食を <input type="checkbox"/> 提供する <input type="checkbox"/> 提供しない <input type="checkbox"/> アレルギー献立表の提供（学校の支援は <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要） <input type="checkbox"/> 家庭から弁当持参： <input type="checkbox"/> 該当する献立の除去： <input type="checkbox"/> アレルギー対応食の提供： <input type="checkbox"/> その他：		
	食物・食材を扱う授業・活動	<input type="checkbox"/> 対応あり： <input type="checkbox"/> 特になし		
	運動	<input type="checkbox"/> 対応あり： <input type="checkbox"/> 特になし		
	宿泊を伴う校外行事	<input type="checkbox"/> 対応あり： <input type="checkbox"/> 特になし		
	その他	<input type="checkbox"/> 対応あり： <input type="checkbox"/> 特になし		
医療機関		医療機関名・住所	医師名	電話番号
	主治医			
	緊急時			

個別支援プラン（食物アレルギー）（面談記録等）

次の事項は必要に応じて記録します。

その他特記事項等面談記録

面談日	特記事項	備考（面談者等）
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		

学校での様子

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

解除届

年 月 日

盛岡市立 学校年 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

(原因食物：)

について、医師の指導のもと、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、学校における食物アレルギー対応の解除をお願いします。

保護者氏名

※解除開始日は、決定次第お知らせします。

《学校・調理場記入欄》

学 校

: 解除申請書受領日

年 月 日



調 理 場

: (解除申請書受領日

年 月 日^{※1})

解除 開 始 日

年 月 日^{※2}

※1 給食センター記入欄

※2 給食センター受配校以外は、学校で解除開始日を記入する。



学 校

: 解除開始日確認

年 月 日

※解除開始日を確認後、保護者あて通知し、原本を保管する。

緊急時対応経過記録表

●記載日 28年 11月 17日

●施設名 (東京保育園)

●記録者 (大久保 育子)

●名前 (東京 花子) 男 女 ●生年月日: 26年 1月 1日

●原因物質 (卵、牛乳) ※アナフィラキシー既往: 有 無

●処方薬 (エピペン、〇〇)

◆症状は急激に変化することがあるため、5分ごとに注意深く症状を観察する

◆赤色の症状が1つでもあてはまる場合、エピペン®を使用する (内服薬を飲んだ後にエピペン®を使用しても問題ない)

観察時間	⇒ 赤色の部分から順にチェックする ⇒															脈拍 (測れる場合)	呼吸数 (測れる場合)	自由記載欄														
	赤色					黄色					青色																					
(12時50分)	くったり	意識もつろつ	尿や便を漏らす	脈が触れにくいまたは不規則	唇や爪が青白い	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	息がしにくい	持続する強い咳き込み	ゼーゼーする呼吸	持続する強い(がまんできない)お腹の痛み	繰り返して吐き続ける	数回の軽い咳	中等度のお腹の痛み	1〜2回のおう吐	1〜2回の下痢	顔全体の腫れ	まぶたの腫れ	強いかゆみ	全身に広がるじんま疹	全身が真っ赤	軽いお腹の痛み(がまんできる)	吐き気	目のかゆみ、充血	くしゃみ、鼻水、鼻つまり	口の中の違和感、唇の腫れ	軽度のかゆみ	数個のじんま疹	部分的な赤み	●誤食・接触時間: 12時 30分	
(12時55分)																															内服薬を飲まず	
(13時00分)																															母に連絡するも連絡取れず	
(13時05分)																																
(13時10分)																															母に再度連絡、受診の準備、かかりつけ医に電話	
(13時15分)	✓																														足を高くする、エピペン注射、119番通報	
(13時20分)	✓																														母にTeLし、エピペンの使用と救急搬送する旨を伝える	
(13時22分)																															症状が少し和らいだ様子	
(13時27分)																															救急車到着 救急車で病院へ、園長同行	
(13時32分)																																
(13時37分)																																
(13時42分)																																

上記の症状が一つでもあてはまる場合

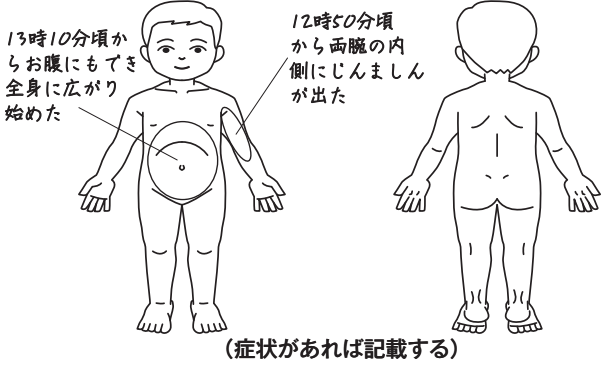
一つでもあてはまる場合

一つでもあてはまる場合

- ①ただちにエピペン®を使用する
 - ②救急車を要請する (119番通報)
 - ③その場で安静を保つ (立たせたり、歩かせたりしない)
 - ④その場で救急隊を待つ
 - ⑤可能なら内服薬を飲ませる
- 「食物アレルギー緊急時対応マニュアル 緊急性の判断と対応」B-2参照
- ただちに救急車で医療機関へ搬送

- ①内服薬を飲ませ、エピペン®を準備する
 - ②速やかに医療機関を受診する (救急車の要請も考慮)
 - ③医療機関に到着するまで、5分ごとに症状の変化を観察し、赤色の症状が1つでもあてはまる場合は、エピペン®を使用する
- 速やかに医療機関を受診

- ①内服薬を飲ませる
 - ②少なくとも1時間は5分ごとに症状の変化を観察し、症状の改善がみられない場合は医療機関を受診する
- 安静にし 注意深く経過観察



年 月 日

盛岡地区広域消防組合 消防長 様

盛岡市立 学校
校長

緊急時の連携について（依頼）

次の児童生徒について、緊急時に備え、事前に情報提供いたします。緊急時に当たっては御配慮いただきますようお願いいたします。

記

1 児童生徒名 (男 ・ 女)

(年 月 日 生)

2 保護者名

3 住 所

4 緊急連絡先

	氏名（続柄）	電話番号（自宅・携帯）
1		
2		

5 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（診療科）	
住所	
電話番号	
主治医名	

(3) 緊急搬送先の希望

医療機関名（診療科）	
住所	
電話番号	
主治医名	

(4) その他

原因物質名	
エピペン®保有の有無	有 ・ 無
エピペン®の保管方法	

※ 学校は保護者からアレルギー調査票等を通し、上記緊急時の連携に係る情報提供について承諾を得ている。

食品関連 事故速報

年 月 日

学務教職員課
Fax 637-8193

あて

学校名 _____

担当者 _____

連絡先 _____

1. 事故種別	異物混入 ・ 食中毒（疑） ・ 食物アレルギー
2. 日時	_____月 _____日 _____時ごろ 発生 ・ 認知
3. 発生場所	教室（_____年 _____組） ・ 配膳室（_____階） 調理場 ・ その他（_____）
4. 該当者	生徒児童 _____名（学年等 _____） 教師等 _____名
5. 原因食品	食品名（_____） 疑い ・ 確定
6. 事故の概略	_____

7. その他	_____

記入できる部分のみ、簡潔に記載して、メール又はFAX等により報告してください。

食物アレルギー事故報告書（第 報）

令和 年 月 日

教育委員会事務局学務教職員課長 様

学校教育課長 様

(施設名)

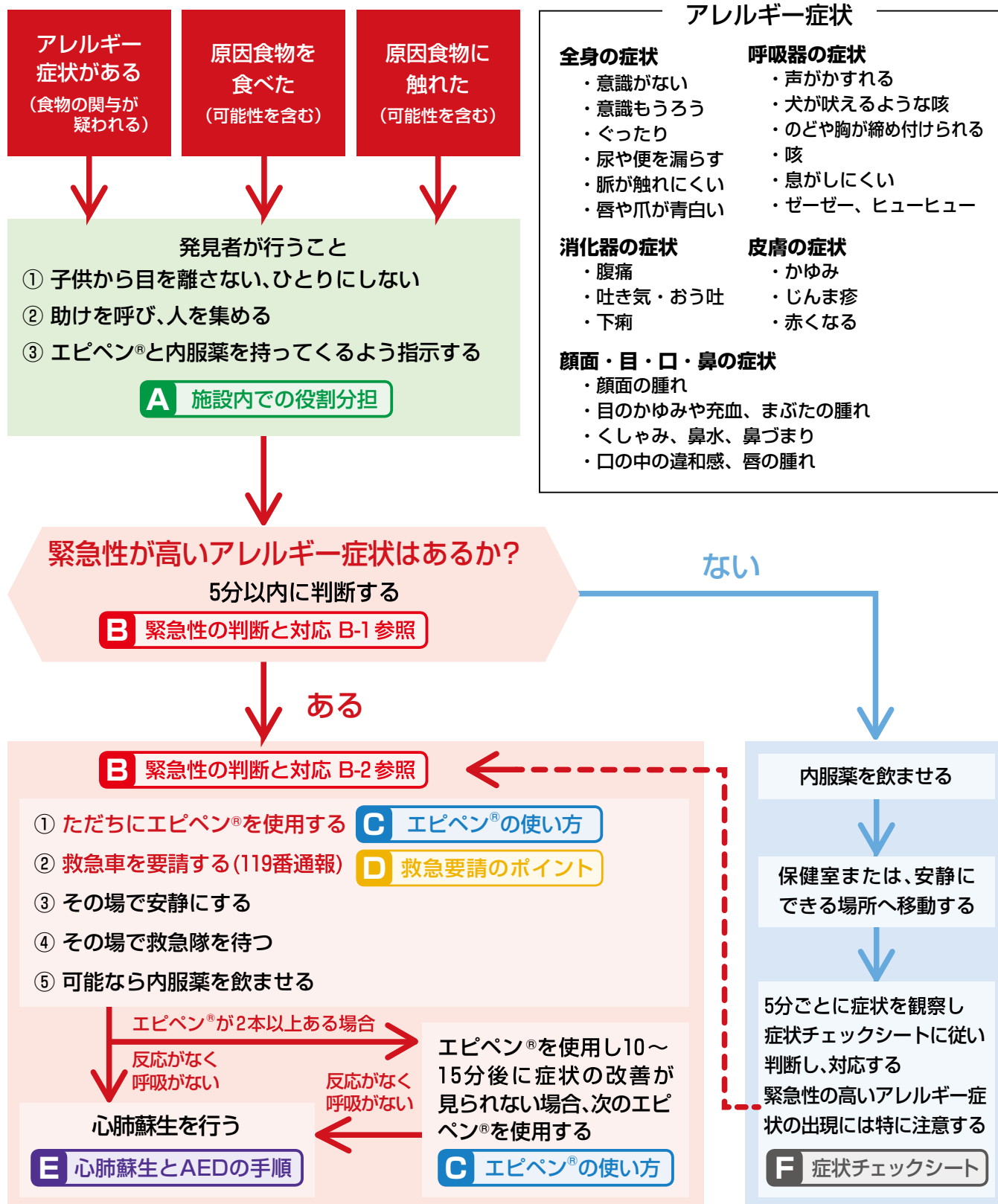
(所属長)

1 発生日時	令和 年 月 日 (曜日) 時 分 (確定・推定)		
2 発生場所	教室 (年 組)		
	その他 ()		
3 発生内容	給食時間の食物アレルギー対応を原因とする事故		
	給食時間以外の学校生活における食物アレルギー事故		
	校外活動における食物アレルギー事故		
	その他 ()		
4 当該児童生徒	氏名	学年・学級等	健康状態等
5 原因食品	乳・卵・小麦・えび・かに・そば・落花生・その他 ()		
6 事故の概要			
7 (報告後の) 経過、続報			
8 報告書作成者	職	氏名	

※調理施設内において発生した事故については、作業日誌、作業実施記録簿、作業工程票（作業指示書）、作業動線図、検収表、検食簿等の関係書類を添付すること。

食物アレルギー緊急時対応マニュアル

アレルギー症状への対応の手順



アレルギー症状

全身の症状

- ・意識がない
- ・意識もうろう
- ・ぐったり
- ・尿や便を漏らす
- ・脈が触れにくい
- ・唇や爪が青白い

呼吸器の症状

- ・声がかすれる
- ・犬が吠えるような咳
- ・のどや胸が締め付けられる
- ・咳
- ・息がしにくい
- ・ゼーゼー、ヒューヒュー

消化器の症状

- ・腹痛
- ・吐き気・おう吐
- ・下痢

皮膚の症状

- ・かゆみ
- ・じんま疹
- ・赤くなる

顔面・目・口・鼻の症状

- ・顔面の腫れ
- ・目のかゆみや充血、まぶたの腫れ
- ・くしゃみ、鼻水、鼻づまり
- ・口の中の違和感、唇の腫れ

A

施設内での役割分担

◆各々の役割分担を確認し事前にシミュレーションを行う

管理・監督者（園長・校長など）

- 現場に到着次第、リーダーとなる
- それぞれの役割の確認および指示
- エピペン[®]の使用または介助
- 心肺蘇生やAEDの使用

発見者「観察」

- 子供から離れず観察
- 助けを呼び、人を集める（大声または、他の子供に呼びに行かせる）
- 教員・職員 A、B に「準備」「連絡」を依頼
- 管理者が到着するまでリーダー代行となる
- エピペン[®]の使用または介助
- 薬の内服介助
- 心肺蘇生やAEDの使用

教員・職員 A「準備」

- 「食物アレルギー緊急時対応マニュアル」を持ってくる
- エピペン[®]の準備
- AEDの準備
- 内服薬の準備
- エピペン[®]の使用または介助
- 心肺蘇生やAEDの使用

教員・職員 B「連絡」

- 救急車を要請する（119番通報）
- 管理者を呼ぶ
- 保護者への連絡
- さらに人を集める（校内放送）

教員・職員 C「記録」

- 観察を開始した時刻を記録
- エピペン[®]を使用した時刻を記録
- 内服薬を飲んだ時刻を記録
- 5分ごとに症状を記録

教員・職員 D～F「その他」

- 他の子供への対応
- 救急車の誘導
- エピペン[®]の使用または介助
- 心肺蘇生やAEDの使用

B

緊急性の判断と対応

◆アレルギー症状があったら5分以内に判断する！

◆迷ったらエピペン[®]を打つ！ ただちに119番通報をする！

B-1 緊急性が高いアレルギー症状

【全身の症状】

- ぐったり
- 意識もうろう
- 尿や便を漏らす
- 脈が触れにくいまたは不規則
- 唇や爪が青白い

【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
- 息がしにくい
- 持続する強い咳き込み
- ゼーゼーする呼吸
(ぜん息発作と区別できない場合を含む)

【消化器の症状】

- 持続する強い(がまんできない)お腹の痛み
- 繰り返し吐き続ける

1つでもあてはまる場合

ない場合

B-2 緊急性が高いアレルギー症状への対応

① ただちにエピペン[®]を使用する！

➔ **C** エピペン[®]の使い方

② 救急車を要請する(119番通報)

➔ **D** 救急要請のポイント

③ その場で安静にする(下記の体位を参照)

立たせたり、歩かせたりしない！

④ その場で救急隊を待つ

⑤ 可能なら内服薬を飲ませる

◆ エピペン[®]を使用し10～15分後に症状の改善が見られない場合は、次のエピペン[®]を使用する(2本以上ある場合)

◆ 反応がなく、呼吸がなければ心肺蘇生を行う ➔ **E** 心肺蘇生とAEDの手順

内服薬を飲ませる

保健室または、安静にできる場所へ移動する

5分ごとに症状を観察し症状チェックシートに従い判断し、対応する緊急性の高いアレルギー症状の出現には特に注意する

F 症状チェックシート

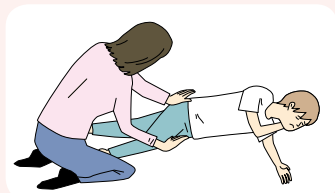
安静を保つ体位

ぐったり、意識もうろうの場合



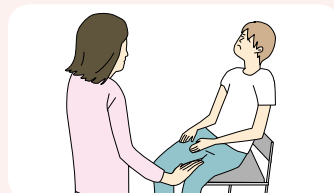
血圧が低下している可能性があるため仰向けで足を15～30cm高くする

吐き気、おう吐がある場合



おう吐物による窒息を防ぐため、体と顔を横に向ける

呼吸が苦しく仰向けになれない場合



呼吸を楽にするため、上半身を起し後ろに寄りかからせる



エピペン[®]の使い方

◆それぞれの動作を声に出し、確認しながら行う

① ケースから取り出す



ケースのカバーキャップを開け
エピペン[®]を取り出す

② しっかり握る



オレンジ色のニードルカバーを
下に向け、利き手で持つ

“グー”で握る!

③ 安全キャップを外す



青い安全キャップを外す

④ 太ももに注射する



太ももの外側に、エピペン[®]の先端
(オレンジ色の部分)を軽くあて、
“カチッ”と音がするまで強く押し
あてそのまま5つ数える

**注射した後すぐに抜かない!
押しつけたまま5つ数える!**

⑤ 確認する



使用前 使用後

エピペン[®]を太ももから離しオレンジ色のニードルカバーが伸びているか確認する

伸びていない場合は「④に戻る」

⑥ マッサージする



打った部位を10秒間、
マッサージする

介助者がいる場合



介助者は、子供の太ももの付け根と膝を
しっかり抑え、動かないように固定する

注射する部位

- ・衣類の上から、打つことができる
- ・太ももの付け根と膝の中央部で、かつ真ん中 (A) よりやや外側に注射する

仰向けの場合



座位の場合



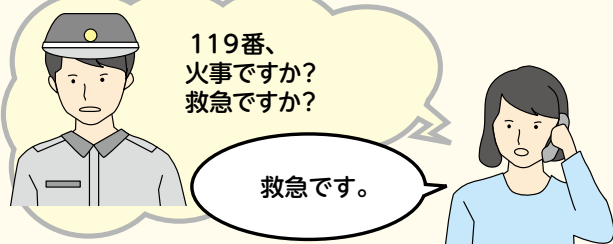
D

救急要請（119番通報）のポイント

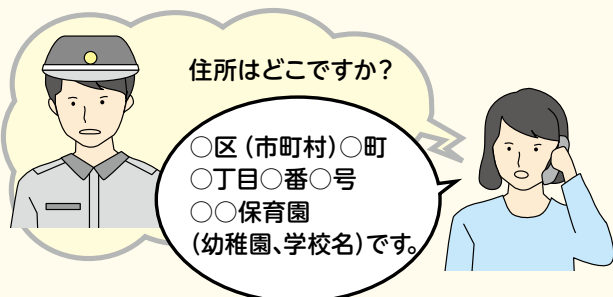
◆あわてず、ゆっくり、正確に情報を伝える



①救急であることを伝える

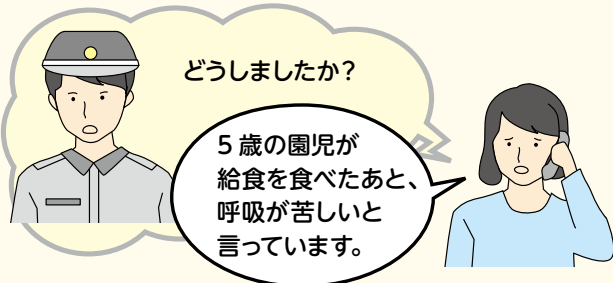


②救急車に来てほしい住所を伝える



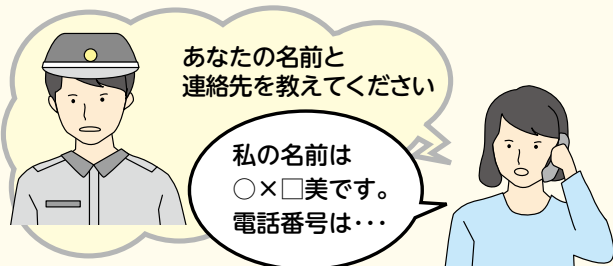
住所、施設名をあらかじめ記載しておく

③「いつ、だれが、どうして、現在どのような状態なのか」をわかる範囲で伝える



エピペン[®]の処方やエピペン[®]の使用の有無を伝える

④通報している人の氏名と連絡先を伝える



119番通報後も連絡可能な電話番号を伝える

※向かっている救急隊から、その後の状態確認等のため電話がかかってくることもある

- 通報時に伝えた連絡先の電話は、常につながるようにしておく
- その際、救急隊が到着するまでの応急手当の方法などを必要に応じて聞く

◆強く、速く、絶え間ない胸骨圧迫を！

◆救急隊に引き継ぐまで、または子供に普段通りの呼吸や目的のある仕草が認められるまで心肺蘇生を続ける

①反応の確認

肩を叩いて大声で呼びかける
乳幼児では足の裏を叩いて呼びかける

反応がない

②通報

119番通報とAEDの手配を頼む

③呼吸の確認

10秒以内で胸とお腹の動きを見る

普段通りの呼吸をしていない

※普段通りの呼吸をしているようなら、観察を続けながら救急隊の到着を待つ

④必ず胸骨圧迫！ 可能なら人工呼吸！

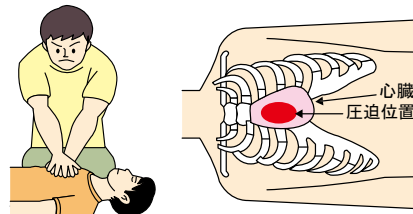
30:2

ただちに胸骨圧迫を開始する
人工呼吸の準備ができ次第、可能なら人工呼吸を行う

⑤AEDのメッセージに従う

電源ボタンを押す
パッドを貼り、AEDの自動解析に従う

【胸骨圧迫のポイント】



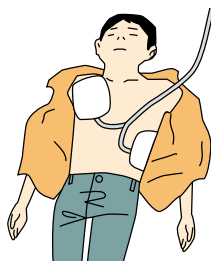
- ◎強く(胸の厚さの約1/3)
- ◎速く(100~120回/分)
- ◎絶え間なく(中断を最小限にする)
- ◎圧迫する位置は「胸の真ん中」

【人工呼吸のポイント】



- 息を吹きこむ際
- ◎約1秒かけて
- ◎胸の上がりが見える程度

【AED装着のポイント】



- ◎電極パッドを貼り付ける時も、できるだけ胸骨圧迫を継続する
- ◎電極パッドを貼る位置が汗などで濡れていたらタオル等でふき取る
- ◎6歳くらいまでは小児用電極パッドを貼る。なければ成人用電極パッドで代用する

【心電図解析のポイント】



- ◎心電図解析中は、子供に触れないように周囲に声をかける

【ショックのポイント】



- ◎誰も子供に触れていないことを確認したら、点滅しているショックボタンを押す

◆症状は急激に変化することがあるため、5分ごとに、注意深く症状を観察する

◆の症状が1つでもあてはまる場合、エピペン[®]を使用する

(内服薬を飲んだ後にエピペン[®]を使用しても問題ない)

観察を開始した時刻(時 分) 内服した時刻(時 分) エピペン[®]を使用した時刻(時 分)

全身の症状

- ぐったり
- 意識もうろう
- 尿や便を漏らす
- 脈が触れにくいまたは不規則
- 唇や爪が青白い

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
- 息がしにくい
- 持続する強い咳き込み
- ゼーゼーする呼吸

- 数回の軽い咳

消化器の症状

- 持続する強い(がまんできない)お腹の痛み
- 繰り返し吐き続ける

- 中等度のお腹の痛み
- 1～2回のおう吐
- 1～2回の下痢

- 軽いお腹の痛み(がまんできる)
- 吐き気

目・口・鼻・顔面の症状

- 顔全体の腫れ
- まぶたの腫れ

- 目のかゆみ、充血
- 口の中の違和感、唇の腫れ
- くしゃみ、鼻水、鼻づまり

皮膚の症状

- 強いかゆみ
- 全身に広がるじんま疹
- 全身が真っ赤

- 軽度のかゆみ
- 数個のじんま疹
- 部分的な赤み

上記の症状が
1つでもあてはまる場合

1つでもあてはまる場合

1つでもあてはまる場合

- ①ただちにエピペン[®]を使用する
- ②救急車を要請する(119番通報)
- ③その場で安静を保つ
(立たせたり、歩かせたりしない)
- ④その場で救急隊を待つ
- ⑤可能なら内服薬を飲ませる

B 緊急性の判断と対応 B-2参照

ただちに救急車で
医療機関へ搬送

- ①内服薬を飲ませ、エピペン[®]を準備する
- ②速やかに医療機関を受診する
(救急車の要請も考慮)
- ③医療機関に到着するまで、5分ごとに症状の変化を観察し、の症状が1つでもあてはまる場合、エピペン[®]を使用する

速やかに
医療機関を受診

- ①内服薬を飲ませる
- ②少なくとも1時間は5分ごとに症状の変化を観察し、症状の改善がみられない場合は医療機関を受診する

安静にし、
注意深く経過観察

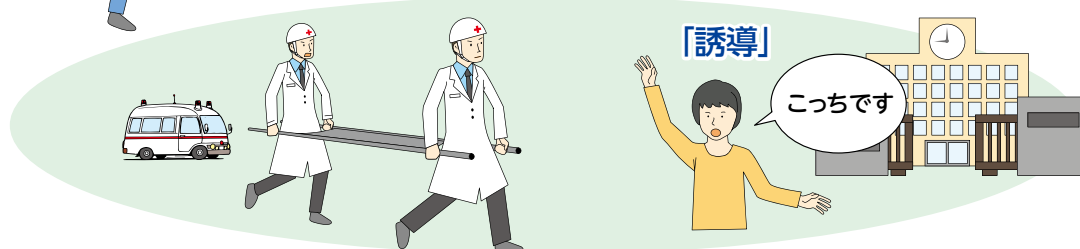
緊急時に備えるために

本マニュアルの利用にあたっては、下記の点にご留意ください。

- ☆ 保育所・幼稚園・学校では、食物アレルギー対応委員会を設置してください。
- ☆ 教員・職員の研修計画を策定してください。東京都等が実施する研修を受講し、各種ガイドライン※を参考として校内・施設内での研修を実施してください。
- ☆ 緊急対応が必要になる可能性がある人を把握し、生活管理指導表や取組方針を確認するとともに、保護者や主治医からの情報等を職員全員で共有してください。
- ☆ 緊急時に適切に対応できるように、本マニュアルを活用して教員・職員の役割分担や運用方法を決めておいてください。
- ☆ 緊急時にエピペン®、内服薬が確実に使用できるように、管理方法を決めてください。
- ☆ 「症状チェックシート」は複数枚用意して、症状を観察する時の記録用紙として使用してください。
- ☆ エピペン® や内服薬を処方されていない（持参していない）人への対応が必要な場合も、基本的には「アレルギー症状への対応の手順」に従って判断してください。その場合、「エピペン® 使用」や「内服薬を飲ませる」の項は飛ばして、次の項に進んで判断してください。

※ 各種ガイドライン

- ・「子供を預かる施設における食物アレルギー日常生活・緊急時対応ガイドブック」（東京都福祉保健局発行）
- ・「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」（厚生労働省発行）
- ・「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」（財団法人日本学校保健会発行）



【発行】
盛岡市教育委員会

【出典】
食物アレルギー緊急時対応マニュアル（2022年1月版）（東京都健康安全研究センター）

この冊子は、東京都の許諾を得て作成しています（承認番号5健研健第3071号）。
問合せ等については、発行元に御確認願います。

管理・監督者（校長など）

- 現場に到着次第、リーダーとなる
- それぞれの役割の確認および指示
- エピペン®の使用または介助
- 心肺蘇生やAEDの使用

発見者：「観察」

- 子供から離れず観察
- 助けを呼び、人を集める（大声または、他の子供に呼びに行かせる）
- 教職員A、Bに「準備」「連絡」を依頼
- 管理者が到着するまでリーダー代行となる
- エピペン®の使用または介助
- 薬の内服介助
- 心肺蘇生やAEDの使用

教職員 A：「準備」

- 「食物アレルギー緊急時対応マニュアル」
を持って来る
- エピペン®の準備
- AEDの準備
- 内服薬の準備
- エピペン®の使用または介助
- 心肺蘇生やAEDの使用

教職員 B：「連絡」

- 救急車を要請する（119番通報）
- 管理者を呼ぶ
- 保護者への連絡
- さらに人を集める（校内放送）

教職員 C：「記録」

- 観察を開始した時刻を記録
- エピペン®を使用した時刻を記録
- 内服薬を飲んだ時刻を記録
- 5分ごとに症状を記録

教員職員 D：「その他」

- 他の子供への対応
- 救急車の誘導
- エピペン®の使用または介助
- 心肺蘇生やAEDの使用

教員職員 E：「その他」

- 他の子供への対応
- 救急車の誘導
- エピペン®の使用または介助
- 心肺蘇生やAEDの使用

教員職員 F：「その他」

- 他の子供への対応
- 救急車の誘導
- エピペン®の使用または介助
- 心肺蘇生やAEDの使用