

取扱注意

アレルギー児における緊急時対応

保育園各位

提出年月：令和 年 月 日

保護者氏名(続柄:) 印

※本人が自署しないときは、押印してください。

私どもの子どもの緊急時には下記の対応をお願い致します。

※印は保護者が記入して下さい。

※園児の情報

クラス名		クラス担任名		
ひらがな 園児名		生年月日	年 月 日(歳)	
		性別	男・女	血液型
アナフィラキシーショックの経験・疑い (有 ・ 無)		アナフィラキシーショックを起こしうる食品名		
その他除去が必要な食品名				
摂取した場合に出現する可能性のある症状は下記のとおりです。(該当する症状にチェックして下さい) 即時型反応 : <input type="checkbox"/> ショック <input type="checkbox"/> 咳き込み <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 嘔吐・腹痛 <input type="checkbox"/> 赤面赤潮 <input type="checkbox"/> じん麻疹 非即時型反応 : <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> かゆい所を掻く <input type="checkbox"/> 下痢				
現在使用している薬	内服薬		吸入薬	
	外用薬		注射薬	
	その他			

※緊急連絡先 (変更になった場合は至急お知らせ下さい)

優先順位	氏名	続柄	電話番号	連絡先(○をして下さい)	特記事項
第1				携帯・職場・自宅	
第2				携帯・職場・自宅	
第3				携帯・職場・自宅	

※緊急時搬送先医療機関 (救急車・病院の手配には食物アレルギー児であることと、下記の内容を伝える)

医療機関名		住所	
電話番号		診療科	
ID(カルテ)番号		主治医	

※症状が起きた場合の対応順序 (例 119番通報 救急車→病院へ 保護者へ連絡 病院へ電話 等)

①	
②	
③	

・緊急時の対応について職員全員で周知すると共に対応をおこないます。

●アレルギー症状が発現する前の保育園での食事及び活動内容

食物を摂取した ①時間 時 分頃 ②何()を食べた
 その他 ①時間 時 分頃 ②何()をしていた

●状況説明

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

●アレルギー症状が発現する前の症状について

皮膚症状	<input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> じん麻疹 <input type="checkbox"/> 発赤疹 <input type="checkbox"/> 湿疹
粘膜症状	<input type="checkbox"/> 粘膜充血 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 涙が流れ出る <input type="checkbox"/> 瞼がむくむ
消化器症状	<input type="checkbox"/> 悪心(気分が悪くムカムカした感じ) <input type="checkbox"/> おへそを中心にしてお腹が痛くなる <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢
上気道症状	<input type="checkbox"/> 口腔粘膜や咽頭のかゆみ <input type="checkbox"/> イガイガしたいつもと違う感じ <input type="checkbox"/> 腫れる <input type="checkbox"/> のど・のどの奥の方のむくみ <input type="checkbox"/> くしゃみ <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻がつまる
下気道症状	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 喘息(ゼーゼーして息が苦しくなる) <input type="checkbox"/> 呼吸困難
全身性症状	<input type="checkbox"/> アナフィラキシー症状 <input type="checkbox"/> 脈が早くなる <input type="checkbox"/> ぐったりする <input type="checkbox"/> 意識障害
その他	

※ 園児が現在治療中もしくは全身性アレルギー疾患について

<input type="checkbox"/> 食物アレルギー	: 運動との関係 (有 ・ 無)	※表面に記載済み
<input type="checkbox"/> ハチ刺されによるアレルギー	: 年 月 日頃に刺された (過去 回経験あり)	
<input type="checkbox"/> 薬物アレルギー	薬物名 : 年 月 日頃に()になった	
<input type="checkbox"/> その他()アレルギー	: アレルゲン名	
	年 月 日頃に()になった	

保育園長 _____ 印

※本人が自署しないときは、押印してください。