

# 食物アレルギー対応マニュアル

平成26年	4月	1日	作成
平成27年	3月	20日	改定
平成28年	3月	25日	改定
平成28年	8月	25日	改定
平成30年	4月	23日	改定
令和元年	7月	16日	改定
令和3年	4月	1日	改定



御宿町教育委員会

# 目 次

## I 学校での食物アレルギー対応の流れ

1	実態把握及び取組プランの作成	1
2	食物アレルギーに関する調査表の記入について	2
3	学校生活管理指導表の記入について	3～6
4	食物アレルギー個別支援プランの記入について	7

II	食物アレルギーについての理解（職員研修）	8
----	----------------------	---

III	保護者との面談について	9
-----	-------------	---

## IV 食物アレルギーの児童生徒への学校給食の提供について

レベル1	通常の献立表対応	10
レベル2	詳細な献立表対応	10
レベル3	弁当対応	11

V	学校給食以外での留意点	12
---	-------------	----

## VI 緊急時の対応

1	緊急時の対応モデル	13
2	食物アレルギー症状チェックシート	14
3	エピペン®の使い方	15

## 資料編

様式1	食物アレルギーに関する調査表
様式2	学校生活管理指導表（食物アレルギー疾患用）
様式3	食物アレルギー対応調査表
様式4	保護者面談確認表
様式5	食物アレルギー個別支援プラン
様式6	予定献立表（確認用）
様式7	主治医宛ての文書
様式8	保護者の方へ 学校給食の食物アレルギー対応レベルについて

# I 学校での食物アレルギー対応の流れ

## 1 実態把握及び取組プランの作成

① 「食物アレルギーに関する調査表」で食物アレルギー疾患を持つ児童生徒を把握する。

◇「食物アレルギーに関する調査表」(様式1、P16)を活用し、調査を行う。

- ・小学校新入生は就学時健康診断で説明後、調査表配布し、記入後、その日のうちに回収する。
- ・中学校新入生は、小学校で配布し、回収する。
- ・在校生には2学期中に返却し、回収する。

◇認定こども園、小学校、中学校間の情報共有に努める。

② 保護者へ「学校生活管理指導表」と「食物アレルギー対応調査表」を配付する。

◇様式1で食物アレルギーが「ある」と答えた保護者に対して「学校生活管理指導表」(様式2、P17~20)と「食物アレルギー対応調査表」(様式3、P21・22)を配付し、1月末までに再提出を依頼する。

◇保護者は、「学校生活管理指導表」を医師に記載してもらい、学校に提出する。(主治医宛ての文書を添付)

③-1 提出した保護者と個別面談を行い、上記①②の内容を確認する。

◇面談は管理職、養護教諭、栄養士等が行う。「保護者面談確認表」(様式4、P23)をもとに確認、協議する。校長の判断により、必要に応じて他の職員が加わる。

③-2 「食物アレルギー個別支援プラン」(案)を作成する。

◇「食物アレルギー個別支援プラン(案)」(様式5、P24)

は、養護教諭と栄養士等が作成する。

◇作成した「食物アレルギー個別支援プラン(案)」を勝浦市栄養士等へ送付し、一覧表を配布してもらう。

④ 「食物アレルギー対応委員会」で、支援プラン(案)を検討し、支援プランを決定する。

◇「食物アレルギー対応委員会」は校長、教育課長、養護教諭、栄養士等、学級担任(学年主任)で構成する。

※必要があれば学校医、教育委員会担当者等も加わる。

※原則として新年度の早い時期に実施する。必要があれば、随時行う。

必要に応じて  
具体的な内容の調整を行う。

⑤ 保護者に確認を行う。

◇保護者に内容を確認してもらい、個別支援プラン(様式5)に押印してもらう。

⑥ ④で決定した取組プランを全ての教職員に周知徹底する。

※薬(エピペン<sup>®</sup>、他)の保管場所を職員で共通確認する。

⑦ 対応を開始する。

◇養護教諭や栄養士等は該当児童生徒への個別指導を併せて開始する。

⑧ 評価・見直しを行い、その結果を新年度に確認する。

◇「御宿町食物アレルギー対応委員会」を開催し、対応状況の評価・見直しを行う。また、必要に応じてマニュアルを改善する。

## 2 食物アレルギーに関する調査表の記入について

様式 1

氏 名	性 別
	男・女

保 護 者 氏 名

\*この調査票は、9年間使用します。変更のあった時は朱書きで訂正し、その脇に年月日の記載をお願いします。

\*該当する学年欄に記入日を書き、保護者印を押して提出してください。

質問1. 食物アレルギーはありますか。

- ( ) ない → 以上で終わりです。  
 ( ) ある (乳糖不耐症を含む)

「ある」と回答した方のみ記入してください。

以下の質問にお答えください。また、**学校生活管理指導表と食物アレルギー対応調査表**を配付しますので、記入後、学校に提出してください。

質問2. 食物アレルギーの原因となる食物は何ですか。

( )

質問3. 現在、除去している食物はありますか。

- ( ) ない  
 ( ) ある 食品名 ( )

質問4. 今まで、どのような症状が出ましたか。

- ( ) じんましん ( ) 下痢  
 ( ) 吐き気  
 ( ) アナフィラキシーショック  
 ( ) その他 ( )

質問5. 食物を除去しているのは、医師の指示ですか。

- ( ) 医師の指示による  
 ( ) 医師の指示ではなく、保護者の判断による  
 ( ) その他 ( )

質問6. エピペン®を処方されていますか。

- ( ) いない  
 ( ) いる → 何本処方されていますか。( ) 本)  
 ( ) 家庭で保管している。  
 ( ) 学校や園で保管している。  
 ( ) 本人が携帯している。  
 ( ) その他

質問7. エピペン®以外で、アレルギーに関係して学校に持参する必要のある薬がありますか。

- ( ) ない  
 ( ) ある 薬品名 ( )

質問8. その他、心配なことがありましたらお書きください。

( )

学年・組	記入日	保護者印
小学校新1年 組 番	年 月 日	
" 新2年 組 番	年 月 日	
"		
"		
"		
中学		
"		
"		

### 様式1の記入について

○毎年、入学予定者や全校児童生徒に配付します。入学予定者については、次の行事の際に回収します。

- ・小学校:就学時健康診断
- ・中学校:小学校で配布し、回収する。

○この調査表は繰り返し使用します。在校生には2学期中に返却し、回収します。

○保護者が記入し、提出します。

○在校生には昨年度提出した調査表を返却し、変更がある場合には赤字で修正し、日付を記入して提出してもらいます。変更がない場合はそのまま提出してもらいます。

○この調査表をもとに対応が必要な児童生徒の保護者には学校生活管理指導表と食物アレルギー対応調査表を配付します。

## 3 学校生活管理指導表の記入について

## 御宿町 学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)

学校名	小学校						中学校			
学年	1	2	3	4	5	6	1	2	3	
組										
氏名						男 ・ 女				

町内小中学校では、アレルギー疾患があり、学校生活において配慮や管理が必要なお子様を、より安心して安全に過ごしていただくための対応を、保護者の方と一緒に考えていきたいと思っております。

そのためには、医師の診断に基づいた情報を把握する必要があります。

つきましては、学校生活管理指導表を提出していただきますよう、よろしくお願いいたします。

## 御宿町教育委員会

# 学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)

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。

この欄は保護者の方が記入してください。

病型・治療		学校生活上の留意点		★保護者	
<b>アナフィラキシー</b> (あり・なし)	<b>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)</b> 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	<b>様式2の記入について</b>  ○「食物アレルギーに関する調査表」(様式1)で食物アレルギーによる個別対応を希望する保護者に配付します。  ○保護者が主治医に記入を依頼し、主治医が記入したものを保護者が学校に提出します。  ○年度末及び新たな事項が発生した場合に返却します。  ○保護者は主治医に裏面の記入を依頼し、主治医が記入したものを提出します。  ○あてはまるところに○を付け、学校生活上の留意点が管理必要の場合は自由記述欄に記載をお願いします。	<b>A 給食</b> 1. 管理不要      2. 管理必要	<b>【緊急時連絡先】</b> ①氏名      連絡先 ②氏名      連絡先 ★連絡医療機関 医療機関名:  電話:	記載日  _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名  _____ (印)
	<b>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)</b> 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 ( )		<b>C 原因食物・除去根拠</b> 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に「除去根拠」該当するものを記載する。 1. 鶏卵 《 》 ① 明らかな症状の既往 2. 牛乳・乳製品 《 》 ② IgE抗体等検査結果陽性 3. 小麦 《 》 ③ IgE抗体等検査結果陽性 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・カシューナッツ) 8. 果物類 《 》 ( ) 9. 魚類 《 》 ( ) 10. 肉類 《 》 ( ) 11. その他1 《 》 ( ) 12. その他2 《 》 ( )		
<b>食物アレルギー</b> (あり・なし)	<b>D 緊急時に備えた処方薬</b> 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 ( )	<b>F その他の配慮・管理事項(自由記述)</b>	<b>F その他の配慮・管理事項(自由記述)</b>	医療機関名  _____	医療機関名  _____
	<b>この欄は保護者の方が記入してください。</b>	<b>この欄は保護者の方が記入してください。</b>	<b>この欄は保護者の方が記入してください。</b>	<b>この欄は保護者の方が記入してください。</b>	<b>この欄は保護者の方が記入してください。</b>
<b>気管支ぜん息</b> (あり・なし)	<b>病型・治療</b>	<b>A 症状のコントロール状態</b> 1. 良好      2. 比較的良好      3. 不良	<b>学校生活上の留意点</b>	<b>★保護者</b> ①氏名      連絡先 ②氏名      連絡先 ★連絡医療機関 医療機関名:  電話:	記載日  _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名  _____ (印)
	<b>A 症状のコントロール状態</b> 1. 良好      2. 比較的良好      3. 不良	<b>B-1 長期管理薬(吸入)</b> 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>B 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動</b> 1. 管理不要      2. 管理必要	<b>C 宿泊を伴う校外活動</b> 1. 管理不要      2. 管理必要	<b>D その他の配慮・管理事項(自由記述)</b>
<b>B-2 長期管理薬(内服)</b> 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 2. その他	<b>B-3 長期管理薬(注射)</b>	<b>D その他の配慮・管理事項(自由記述)</b>	<b>D その他の配慮・管理事項(自由記述)</b>	医療機関名  _____	医療機関名  _____
<b>C 発作時の対応</b>	<b>C 発作時の対応</b>	<b>C 発作時の対応</b>	<b>C 発作時の対応</b>	<b>C 発作時の対応</b>	<b>C 発作時の対応</b>



## 追加記載欄について

学年	受診日	病型・治療	学校生活上の留意点	記入は医師	学年	受診日	病型・治療	学校生活上の留意点	記入は医師
年 生	年 月 日	1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容：	1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容：	<p>様式2 裏面の記載について</p> <p>○こちらの面は追加記載欄です。</p> <p>○保護者が医師に記載を依頼します。</p> <p>○受診日、医師名の記入、押印をお願いします。</p>	年 月 日	年 月 日	1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容：	1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容：	医療機関名：  医師名： ㊞
年 生	年 月 日	1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容：	1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容：	医療機関名：  医師名： ㊞	年 生	年 月 日	1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容：	1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容：	医療機関名：  医師名： ㊞
年 生	年 月 日	1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容：	1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容：	医療機関名：  医師名： ㊞	年 生	年 月 日	1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容：	1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容：	医療機関名：  医師名： ㊞
年 生	年 月 日	1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容：	1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容：	医療機関名：  医師名： ㊞	年 生	年 月 日	1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容：	1. 内面記載内容に変更なし 2. 下記事項について変更あり 内容：	医療機関名：  医師名： ㊞



# 食物アレルギー個別支援プラン

様式 5

氏名	性別	生年月日
		年 月 日

※Ⅰ～Ⅲは、医師が作成した学校生活管理指導表を確認し、記入します。とに、○印及び原因食物を記入してください。

## Ⅰ 原因食物

鶏卵・乳・小麦・そば・ピーナッツ・種実類、木の实 ( )  
 甲殻類 ( ) ・果物類 ( ) ・魚 ( )  
 肉 ( ) その他 ( )

## Ⅱ 食物アレルギーの病型

即時型	口腔アレルギー症候群	食物依存性運動誘発アナフィラキシー
-----	------------	-------------------

## Ⅲ アナフィラキシー病型

食物依存性運動誘発アナフィラキシー	運動誘発アナフィラキシー	その他
原因食物	原因食物	

確認	保護者印	担任印	校長印
年月日			
年月日			
年月日			
年月日			
年月日			
年月日			
年月日			

学校生活管理指導表や食物アレルギー対応調査表および保護者との面談に基づき作成します。

保護者が内容を確認した後、押印してもらいます。

項目	チェック欄	具体的な配慮と対応
学校における配慮		レベル _____ 対応
	給食	
	食物・食材を扱う授業・活動	
	運動 (体育・部活動等)	
	宿泊を伴う校外活動	
	持参薬	
エピペン® の保管		

学校給食の対応レベルは10、11ページ参照

学校生活管理指導表の「学校生活上の留意点」欄を確認し、記入します。

## 緊急時の対応について

注意すべき症状

緊急時の対応：上記の症状が出た場合

- 主治医へ連絡する
- 救急車をすぐに呼ぶ
- その他 ( )

消防機関への情報登録

→ 有 ・ 無

緊急時に搬送できる医療機関

→ 有 ・ 無

有の場合 医療機関名：

主治医名：

連絡先：

保護者の緊急連絡先

- ①
- ②
- ③

【その他】

※ 変更がない場合は、押印する。上記の内容に変更がある場合は朱書きし、その脇に年月日の記載をする。

## Ⅱ 食物アレルギーについての理解（職員研修）

アレルギー疾患には、食物アレルギーだけでなく、気管支喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性結膜炎、アレルギー性鼻炎等、様々なものがあります。また、その症状も児童生徒ごとに多様であることを理解しなければなりません。

アレルギー疾患に対する取組のポイントを参考に、職員のアレルギーに対する知識の向上を図り、症状を発症しないような環境作りや、緊急時の速やかな対応を誰もが行えるようにするためには、定期的な職員研修が必要です。

- 各疾患の特徴をよく知ること
  - 個々の児童生徒の症状等の特徴を把握すること
  - 症状が急速に変化するを理解し、日頃から緊急時の対応への準備を行っておくこと
- 「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」（公益財団法人日本学校保健会）より

職員研修では、以下のような内容を行うことが必要です。

### 職員研修のポイント

#### 1 事前の対応

##### (1) 基本的な知識・理解

###### ①食物アレルギーとは

定義・頻度・原因・症状・治療

###### ②アナフィラキシーとは

定義・頻度・原因・症状・治療

#### 2 日常の対応（御宿町のマニュアルの確認）

##### (1) 給食での配慮事項（調理場や保護者との連携）

##### (2) 給食以外での配慮事項

##### (3) 食育を通して、他の児童生徒への説明・協力

##### (4) 認定こども園、小学校、中学校等、異なる学校段階での連携

##### (5) 該当児童生徒に対する個別指導

（家庭と連携して食べて良いもの、  
いけないものを自覚させる）

#### 3 緊急時の対応

##### (1) 発症時の症状と対応の仕方（教職員の役割分担）

##### (2) 緊急対応訓練（シミュレーション研修、 消防機関や医療機関との連携）

##### (3) エピペン®の保持者と保管場所の確認

##### (4) エピペン®の使い方（実技研修）

##### (5) 発症後の児童生徒の心のケア

アレルギー反応により、皮膚症状、  
消化器症状、呼吸器症状が、複数同  
時にかつ急激に出現した状態を  
アナフィラキシーと言います。



アドレナリン自己注射薬  
(エピペン®)は、アナフ  
ィラキシーを起こす危険  
が高く、万一の場合に直ち  
に医療機関での治療を受  
けられない状況下にある  
者に対し、事前に医師が処  
方する自己注射薬です。

## Ⅲ 保護者との面談について

保護者との面談のねらいは、対象の児童生徒の情報を詳細に得ること、そして、保護者に学校給食の提供までの流れや学校及び調理場の現状を理解してもらうことです。

そこで、保護者との面談のポイントとして、次のような事柄が考えられます。

### 保護者との面談のポイント

#### 1 食物アレルギーに関する調査表（様式1）及び学校生活管理指導表（様式2）、食物アレルギー対応調査表（様式3）に基づく確認をする。

○食物アレルギーの病型、アナフィラキシー病型、原因食物、過去に経験した具体的な食物アレルギー症状、家庭での様子、搬送医療機関、主治医名、エピペン®所持の有無、緊急時対応、緊急連絡先、消防署との情報共有への同意等

#### 2 保護者からの要望事項を聞きとる。

#### 3 御宿町の食物アレルギーに対する基本的な考え方を示す。

- 本人の安全を第一に考えている。
- 他の児童生徒と同じように給食を楽しめることを目指している。
- 全ての教職員で対応している。
- 本人・保護者の了解の下、同じクラスの児童生徒の理解、協力を得ている。

#### 4 御宿町の状況を説明し、理解を求める。

- 現状のアレルギー対応について
- 調理場の能力及び環境について
- 個別の取組プランの内容について

御宿町の食物アレルギーに対する基本的な考え方や御宿町の状況を説明し、保護者の理解を得ることが大切です。



## Ⅳ 食物アレルギーの児童生徒への学校給食の提供について

### レベル1 通常の献立表対応



献立表を基に保護者や担任などの指示、または児童生徒自身の判断で、学校給食から原因食品を除外しながら食べる対策。すべての対応の基本であり、レベル2，3でも実施する。

#### ※レベル1対応のポイント

- 1 栄養士は、食材納入業者にアレルギー食品に関する資料の提供を依頼し、通常の献立表を作成する。
- 2 栄養士は、アレルギー対応する児童生徒の原因食物にマーカーをする。記載漏れや間違いがないよう複数の関係者が確認する。
- 3 保護者と児童生徒は配付された献立表を確認し、喫食の有無及び代替品の持参について献立表に記入し学級担任に提出する。(学級担任は提出された献立表をコピーして保護者へ返送する。)
- 4 養護教諭(栄養教諭等)は内容について、校内及び給食センターと共通理解を図る。学級担任・学年職員・養護教諭は除去する食品や弁当で代用する給食内容を日々確認する。担任が不在の場合の対応を明確にしておく。

### レベル2 詳細な献立表対応

学校給食の原材料を詳細に記入した献立表を家庭に事前に配付し、それを基に保護者や担任などの指示、または児童生徒自身の判断で、学校給食から原因食品を除外しながら食べる対策。

#### ※レベル2対応のポイント

- 1 栄養士は、食材納入業者にアレルギー食品に関する資料の提供を依頼し、詳細な献立表を作成する。
- 2 栄養士は、アレルギー対応する児童生徒の原因食物にマーカーをする。記載漏れや間違いがないよう複数の関係者が確認する。なお、調味料等に極微量に含まれる原因食品や、加工食品の原材料の欄外標記(注意喚起表示)についてはマーカーをしない。
- 3 保護者と児童生徒は配付された詳細な献立表を確認し、喫食の有無及び代替品の持参について献立表に記入し学級担任に提出する。(学級担任は提出された献立表をコピーして保護者へ返送する。)
- 4 養護教諭(栄養教諭等)は内容について、校内及び給食センターと共通理解を図る。学級担任・学年職員・養護教諭は除去する食品や弁当で代用する給食内容を日々確認する。担任が不在の場合の対応を明確にしておく。

## レベル3 弁当対応

完全弁当対応：全ての学校給食に対して弁当を持参させる。

### ※レベル3対応のポイント

- 1 保護者と連携し、事前に弁当で代用するものを決める。
- 2 弁当を給食時間まで安全で衛生的に管理する。

### 弁当対応の考慮対象

**極微量の原因食物でアナフィラキシーを発症する可能性が高い児童生徒へは、給食の提供はしない。**

- 1 調味料・だし・添加物の除去が必要

卵殻カルシウム（鶏卵）、乳糖・乳清焼成カルシウム（牛乳）、しょうゆ・みそ（小麦、大豆）、酢（小麦）、大豆油（大豆）、ゴマ油（ゴマ）、かつおだし・いりこだし・魚しょう（魚類）、エキス（肉類）

- 2 加工食品の原材料の欄外標記（注意喚起表示）の表示がある場合についても除去指示がある

（注意喚起例）

○同一工場、製造ライン使用によるもの

「本品製造工場では○○（特定原材料等の名称）を含む製品を製造しています。」

○原材料の採取方法によるもの

「本製品で使用しているしらすは、えび、かにが混ざる漁法で採取しています。」

○えび、かにを捕食していることによるもの

「本製品（かまぼこ）で使用しているイトヨリダイは、えび、かにを食べています。」

- 3 多品目食物除去が必要
- 4 食器や調理器具の共用ができない
- 5 油の共用ができない
- 6 その他、上記に類似した学校給食で対応が困難と考えられる状況

※1～6に該当する場合、主治医にそこまでの対応が必要であるかを改めて確認することが望まれる。

◎勝浦市学校給食共同調理場では、除去食と代替食には対応できません。

## V 学校給食以外での留意点



### 【食物・食材を扱う授業・活動】

◇微量の摂取・接触により発症する児童生徒は、食べるだけでなく、吸い込む、触れることも発症の原因となるので、個々の児童生徒に応じたきめ細かな配慮が必要である。

- 調理実習
- 牛乳パックの洗浄
- ソバ打ち体験
- 豆まき
- 落花生の栽培
- うどん、パン作り
- みそ作り
- 小麦粘土を使った授業など

### 【運動】食物依存性運動誘発アナフィラキシー



原因食品の摂取と運動の組合せでアナフィラキシー症状を起こすことを食物依存性運動誘発アナフィラキシーといいます。多くの場合、原因となる食品を摂取して2時間以内に一定量の運動（昼休みの遊び、体育や部活動など）をすることにより、発症します。

◇運動前4時間以内は原因食品の摂取を避ける。

◇原因食品を食べた場合、以後4時間の運動は避ける。



### 【宿泊を伴う校外活動】



◇保護者や宿泊先と事前に十分情報を交換する。

◇参加する教職員全員が、どの児童生徒に、どんな食物アレルギーがあるか、知っておく。

◇食事や弁当のおかず、おやつなどを交換しないように指導する。

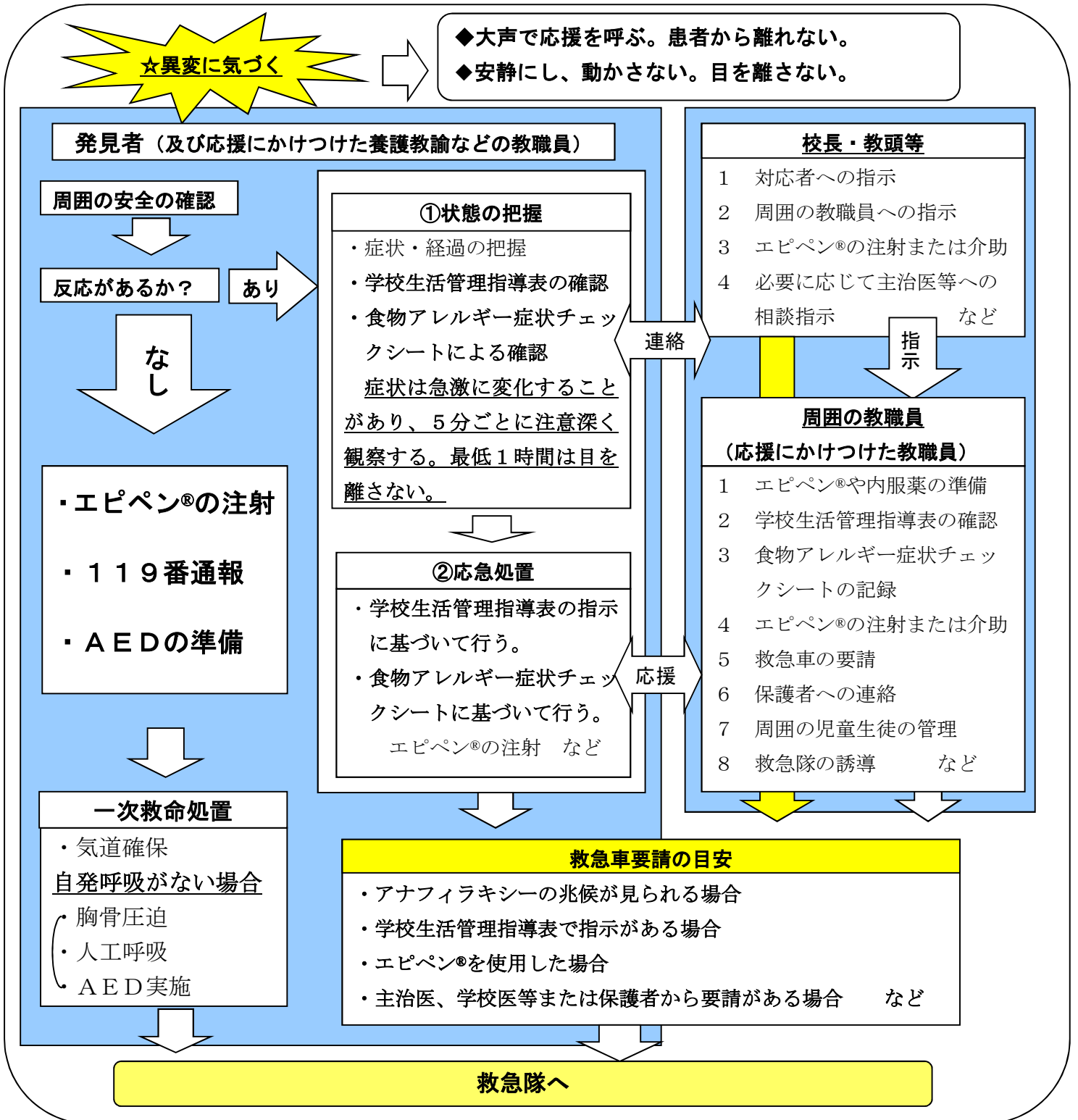
◇万一の場合を想定し、搬送する医療機関などを事前に調査しておく。

◇万一発症した場合の対応を事前に保護者・本人・主治医・学校医と十分に話し合っておく。

# VI 緊急時の対応

アナフィラキシーは非常に短時間のうちに重篤な状態に至ることがあります。教職員の誰が発見者になった場合でも適切な対応がとれるように全員が情報を共有し、常に準備をしておく必要があります。

## 1 緊急時の対応モデル



## 2 食物アレルギー症状チェックシート

発生年月日 年 月 日

年 組 氏名

□観察開始( 時 分) □薬の服用( 時 分) □エピペンの注射( 時 分)

	グレード3	グレード2	グレード1
全身	<input type="checkbox"/> ぐったり ( 時 分) <input type="checkbox"/> 意識もうろう ( 時 分) <input type="checkbox"/> 尿や便を漏らす ( 時 分) <input type="checkbox"/> 脈が触れにくいまたは不規則 ( 時 分) <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い ( 時 分)	<p>◇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。</p>	
呼吸器	<input type="checkbox"/> のどや胸が締め付けられる ( 時 分) <input type="checkbox"/> 声がかすれる ( 時 分) <input type="checkbox"/> 息がしにくい ( 時 分) <input type="checkbox"/> 持続する強い咳き込み ( 時 分) <input type="checkbox"/> 犬が吠えるような咳 ( 時 分) <input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸 ( 時 分)	<input type="checkbox"/> 数回の軽い咳 ( 時 分)	
消化器	<input type="checkbox"/> 持続する強い(がまんできない)お腹痛みの痛み ( 時 分) <input type="checkbox"/> 繰り返し吐き続ける ( 時 分)	<input type="checkbox"/> 明らかな腹痛 ( 時 分) <input type="checkbox"/> 複数回の嘔吐 ( 時 分) <input type="checkbox"/> 複数回の下痢 ( 時 分)	<input type="checkbox"/> 我慢できる弱い腹痛 ( 時 分) <input type="checkbox"/> 吐き気 ( 時 分)
目口鼻顔	<p>グレード3の症状が1つでもあてはまる場合、エピペン®を注射する。</p>		
皮膚	<input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ ( 時 分) <input type="checkbox"/> まぶたの腫れ ( 時 分)	<input type="checkbox"/> 強いかゆみ ( 時 分) <input type="checkbox"/> 全身性の赤み ( 時 分) <input type="checkbox"/> 全身のじんましん ( 時 分)	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ、充血 ( 時 分) <input type="checkbox"/> 唇の腫れ ( 時 分) <input type="checkbox"/> 口のかゆみ、違和感 ( 時 分) <input type="checkbox"/> 喉のかゆみ、違和感 ( 時 分) <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、鼻づまり ( 時 分)

上の症状が1つでもあれば以下の対応を行う。

上の症状が1つでもあれば以下の対応を行う。

上の症状が1つでもあれば以下の対応を行う。

対応	<input type="checkbox"/> エピペン®の注射 (迷ったらエピペン®の注射) <input type="checkbox"/> 救急車の要請 <input type="checkbox"/> 内服薬の使用 (反応がなく、呼吸がなければ) <input type="checkbox"/> 胸骨圧迫 <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> AED実施	<input type="checkbox"/> 内服薬の使用 <input type="checkbox"/> エピペン®の準備 <input type="checkbox"/> 医療機関の受診 (迷ったら救急車要請) <input type="checkbox"/> グレード3の症状の有無を注意深く観察し、1つでもあてはまる場合はエピペン®を使用する。	<input type="checkbox"/> 安静にして経過観察 <input type="checkbox"/> 内服薬の使用 <input type="checkbox"/> 医療機関の受診
----	--	--	---



### 3 エピペン®の使い方

#### 【エピペン®の使用手順】

①オレンジ色の先端を下に向け、  
エピペン®を利き手でしっかり握る。



②もう片方の手で青色の安全キャップを外す。



③太ももの前外側に垂直になるように  
オレンジ色の先端をあてる。



④パチンと音がするまで  
強く押し付け、数秒間待つ。  
「1、2、3、4、5」



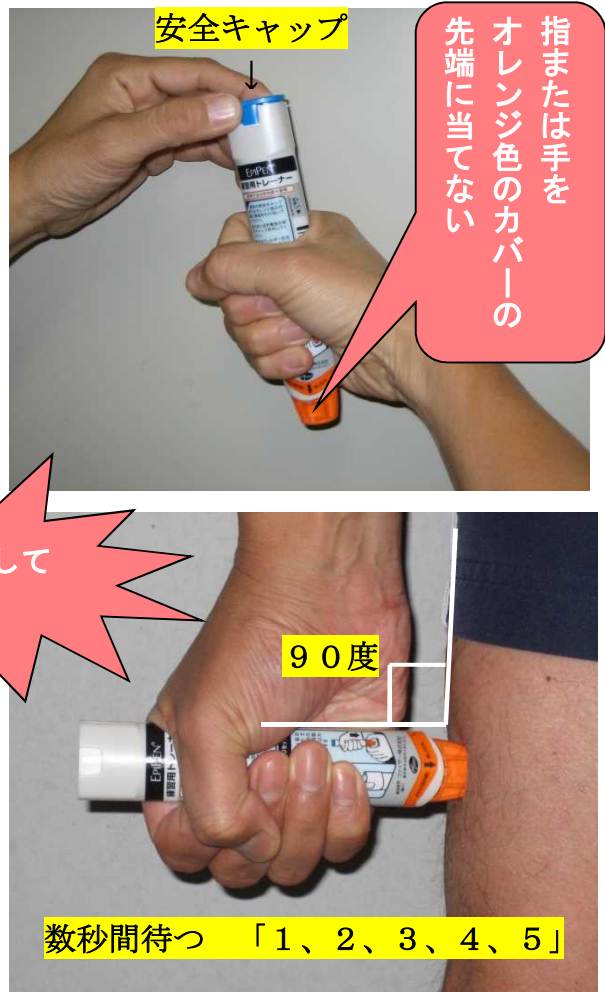
⑤垂直に引き抜き、オレンジ色が伸びていれば  
完了。伸びていない場合は再度①②③④を行う。



⑥注射した部位を10秒間マッサージする。



⑦使用済みのエピペン®は、オレンジ色側から  
ケースに戻し、使用後は救急隊に渡す。



緊急の場合には、  
衣服の上からでも注射できる。



エピペン®は、本人、もしくは保護者が自ら注射する  
目的で作られたものです。

しかし、エピペン®が手元にありながら、症状によっ  
ては児童生徒が自己注射できない場合も考えられま  
す。

救命の現場に居合わせた教職員が、エピペン®を自ら  
注射できない状況にある児童生徒に代わって注射する  
ことは、医師法違反になりません。

人命救助の観点から、緊急時に備えて教職員の誰も  
がエピペン®を使用できるようにしておくことが大切  
です。