

5-1 【食物アレルギー】(あり・なし) 【アナフィラキシー】(あり・なし)

〔病型・治療〕 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

<p>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入する)</p> <p>1. 即時型</p> <p>2. 口腔アレルギー症候群</p> <p>3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー</p>	<p>B. アナフィラキシー病型 (アナフィラキシーありの場合のみ記入する)</p> <p>1. 食物 (原因: 鶏卵)</p> <p>2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー</p> <p>3. 運動誘発アナフィラキシー</p> <p>4. 昆虫</p> <p>5. 医薬品</p> <p>6. その他 ()</p>
<p>C. 原因食物・診断根拠 * 該当する食品の番号に○印を付け、かつ《 》内に診断根拠を記入してください。</p>	
<p style="text-align: right;">〔診断根拠〕 該当するもの全てを《 》に記載 ① 明らかな症状の既往 ② 食物負荷試験陽性 ③ IgE抗体等検査結果陽性</p>	
<p>1. 鶏卵 《 ①②③ 》</p> <p>2. 牛乳・乳製品 《 》</p> <p>3. 小麦 《 》</p> <p>4. ソバ 《 ③未摂取 》</p> <p>5. ピーナッツ 《 ③未摂取 》</p> <p>6. 種実類・木の実類 《 》</p>	<p>7. 甲殻類 (エビ・カニ) 《 》</p> <p>8. 果物類 《 》</p> <p>9. 魚類 《 》</p> <p>10. 肉類 《 》</p> <p>11. その他 1 《 》</p> <p>12. その他 2 《 》</p>
<p>D. 緊急時の備えた処方薬</p> <p>1. 内服薬 (抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) アレジオン、プレドニン、セレスタミン</p> <p>2. アドレナリン自己注射薬 (エピペン®) エピペン処方あり。</p> <p>3. その他 ()</p>	

〔学校生活上の留意点〕 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

A. 給食	B. 食物・食材を扱う授業・活動	C. 運動 (体育・部活動等)	D. 宿泊を伴う校外活動
<p>1. 管理は不要</p> <p>2. 保護者等と相談する★</p>	<p>1. 特別な配慮は不要</p> <p>2. 保護者等と相談する★</p>	<p>1. 管理は不要</p> <p>2. 保護者等と相談する★</p>	<p>1. 特別な配慮は不要</p> <p>2. 保護者等と相談する★</p>

E. 配慮事項や管理事項について除去必要な食物や配慮・管理事項について具体的に記載してください

鶏卵および加工品は完全除去でお願いします。ソバおよびピーナッツは、IgE抗体陽性で未摂取のため現時点では除去でお願いします。

◆◆◆緊急時連絡先◆◆◆

保護者名前	〇〇 〇〇
電話番号	027-000-000

医療機関名:	〇〇病院小児科
電話番号:	027-999-XXXX
医師名:	群馬 太郎
記載日:	H26 年 2 月 20 日



5-1 【食物アレルギー】(あり・なし) 【アナフィラキシー】(あり・なし)

【病型・治療】 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

<p>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入する)</p> <p>1. 即時型</p> <p>2. 口腔アレルギー症候群</p> <p>3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー</p>	<p>B. アナフィラキシー病型 (アナフィラキシーありの場合のみ記入する)</p> <p>1. 食物 (原因: 鶏卵)</p> <p>2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー</p> <p>3. 運動誘発アナフィラキシー</p> <p>4. 昆虫</p> <p>5. 医薬品</p> <p>6. その他 ()</p>
<p>C. 原因食物・診断根拠 * 該当する食品の番号に○印を付け、かつ《 》内に診断根拠を記入してください。</p>	
<p>〔診断根拠〕 該当するもの全てを《 》に記載 ① 明らかな症状の既往 ② 食物負荷試験陽性 ③ IgE 抗体等検査結果陽性</p>	
<p>1. 鶏卵 《 ①②③ 》</p> <p>2. 牛乳・乳製品 《 》</p> <p>3. 小麦 《 》</p> <p>4. ソバ 《 ③未摂取 》</p> <p>5. ピーナッツ 《 ③未摂取 》</p> <p>6. 種実類・木の実類 《 》</p>	<p>7. 甲殻類 (エビ・カニ) 《 》</p> <p>8. 果物類 《 》</p> <p>9. 魚類 《 》</p> <p>10. 肉類 《 》</p> <p>11. その他 1 《 》</p> <p>12. その他 2 《 》</p>
<p>D. 緊急時の備えた処方薬</p> <p>1. 内服薬 (抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) アレジオン、プレドニン、セレスタミン</p> <p>2. アドレナリン自己注射薬 (エピペン®) エピペン処方あり。</p> <p>3. その他 ()</p>	

【学校生活上の留意点】 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

A. 給食	B. 食物・食材を扱う授業・活動	C. 運動 (体育・部活動等)	D. 宿泊を伴う校外活動
<p>1. 管理は不要</p> <p>2. 保護者等と相談する★</p>	<p>1. 特別な配慮は不要</p> <p>2. 保護者等と相談する★</p>	<p>1. 管理は不要</p> <p>2. 保護者等と相談する★</p>	<p>1. 特別な配慮は不要</p> <p>2. 保護者等と相談する★</p>

E. 配慮事項や管理事項について除去必要な食物や配慮・管理事項について具体的に記載してください

鶏卵および加工品は完全除去でお願いします。ソバおよびピーナッツは、IgE 抗体陽性で未摂取です。ソバは10gまで負荷試験を行い陰性でした。そのため、製造工程でのそばのコンタミネーション可能性を表示している「うどん」でも問題なく摂取可能です。ピーナッツは、今後、負荷試験を行う予定ですが、現時点では除去でお願いします。

◇◇◇緊急時連絡先◇◇◇

保護者名前	〇〇 〇〇
電話番号	027-000-000

医療機関名: 〇〇病院小児科

電話番号: 027-999-XXXX

医師名: 群馬 太郎 印

記載日: H26 年 2 月 20 日

5-1 【食物アレルギー】(あり・なし) 【アナフィラキシー】(あり・なし)

【病型・治療】 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

<p>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入する)</p> <p>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</p>	<p>B. アナフィラキシー病型 (アナフィラキシーありの場合のみ記入する)</p> <p>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 ()</p>
<p>C. 原因食物・診断根拠 * 該当する食品の番号に○印を付け、かつ《 》内に診断根拠を記入してください。</p>	
<p>〔診断根拠〕 該当するもの全てを《 》に記載 ① 明らかな症状の既往 ② 食物負荷試験陽性 ③ IgE抗体等検査結果陽性</p>	
<p>1. 鶏卵 《 》 2. 牛乳・乳製品 《 》 3. 小麦 《 ① ③ 》 4. ソバ 《 》 5. ピーナッツ 《 》 6. 種実類・木の実類 《 》</p>	<p>7. 甲殻類 (エビ・カニ) 《 》 8. 果物類 《 》 9. 魚類 《 》 10. 肉類 《 》 11. その他 1 《 》 12. その他 2 《 》</p>
<p>D. 緊急時の備えた処方薬</p> <p>1. 内服薬 (抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) アレジオン、プレドニン、セレスタミン 2. アドレナリン自己注射薬 (エピペン®) エピペン処方あり。 3. その他 ()</p>	

【学校生活上の留意点】 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

A. 給食	B. 食物・食材を扱う授業・活動	C. 運動 (体育・部活動等)	D. 宿泊を伴う校外活動
<p>1. 管理は不要 2. 保護者等と相談する★</p>	<p>1. 特別な配慮は不要 2. 保護者等と相談する★</p>	<p>1. 管理は不要 2. 保護者等と相談する★</p>	<p>1. 特別な配慮は不要 2. 保護者等と相談する★</p>

E. 配慮事項や管理事項について 除去必要な食物や配慮・管理事項について具体的に記載してください

小麦粉依存性運動誘発アナフィラキシーで、給食では小麦製品を除去してください。万一、食べてしまったときは最低2時間、運動は禁止です。小麦粉を摂取していなければ、運動の制限は不要です。

◇◇◇緊急時連絡先◇◇◇

保護者名前	〇〇 〇〇
電話番号	027-000-000

医療機関名: 〇〇病院小児科

電話番号: 027-999-XXXX

医師名: 群馬 太郎 印

記載日: H26 年 2 月 20 日

5-1【裏面】

※変更あり・解除の際は、変更・解除内容を（空欄に）記載願います 見本

受診年月日	病型・治療	学校生活上の留意点
2年生 平成25年1月 21日	変更なし 変更あり	変更なし ・変更あり（解除・追加あり）
	医療機関名 ○○○病院 医師名 XX XX	
3年生 平成26年1月 25日	変更なし 変更あり	変更なし ・変更あり（解除・追加あり） 全卵が1個摂取可能となり、鶏卵の除去を解除します。給食での制限はなくなります。
	医療機関名 医師名	
4年生	変更なし 変更あり	変更なし ・変更あり（解除・追加あり）
	医療機関名 医師名 ※3年生で解除になったため管理指導表の提出なし	
5年生 平成28年1月 28日	変更なし 変更あり 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	変更なし ・変更あり（解除・追加あり） 小麦による運動誘発アナフィラキシーのため、給食の小麦製品を除去。万一、摂取した場合には、運動は最低2時間禁止。
	医療機関名 医師名	
6年生 平成29年1月 21日	変更なし 変更あり	変更なし ・変更あり（解除・追加あり）
	医療機関名 医師名	

食物アレルギー・アナフィラキシー発症時の対応

群馬県

氏名： _____ 平成 年 月 日生

緊急連絡先

①氏名： _____ (続柄： _____) 電話番号(_____)-(_____)-(_____)

②氏名： _____ (続柄： _____) 電話番号(_____)-(_____)-(_____)

主治医： _____ 印(病院名： _____)

記載日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

【症状と対応】



食べた時と症状が出た時間をチェック！
 安静にする！ 一人にしない！
症状が一つでもあれば積極的に治療しましょう！



の観察が大切！

軽症	部分的な赤みや蕁麻疹、軽い痒み	治療：抗ヒスタミン薬内服(アレジオン1錠) ステロイド薬内服(プレドニン2錠)
	単発の咳、くしゃみ	
	口の痒みや違和感、唇の軽い腫れ	
中等症	全身の赤みや蕁麻疹、強い痒み 蕁麻疹が10個以上、頬や唇が腫れ上がる	治療：抗ヒスタミン薬内服(アレジオン1錠) ステロイド薬内服(プレドニン2錠) 対応：ただちに医療機関を受診 ★嘔吐が1回だけで他症状がなく、元気であれば内服しなくてもよい ★症状が進行するようなら重症の対応を行う
	鼻水、鼻づまり、咳を繰り返す、喉の痒み	
	1回の嘔吐や下痢、腹痛	
重症	元気がない	治療：エピペンを使用した上で 可能なら ・抗ヒスタミン内服(アレジオン1錠) ・ステロイド薬内服(プレドニン2錠) エピペン処方あり 対応：ただちに救急車で医療機関受診 担架で移動
	のどや胸が締めつけられる、声がかすれる 持続する強い咳き込み、犬が吠えるような咳(ケンケン)、ゼーゼーする呼吸、息苦しい	
	繰り返し吐き続ける、持続する強い腹痛 唇や爪が青白い、脈を触れにくい・不規則ぐったり、意識がもうろう、尿や便をもらす	

食物アレルギー診療ガイドライン2012に準拠

【エピペンRの使い方】

※患者が注射できない場合は代わりに園・学校の職員が注射してもよい。その際、医師法など法律には抵触しない

Step1
準備

携帯用ケースのカバーキャップを指で押し開け、注射器を取り出す。注射器を片手でしっかりと握り、もう片方の手で青色の安全キャップを外す。



Step2
注射

大腿部の前外側に垂直になるようにし、オレンジ色のニードルカバー先端を「カチッ」と音がするまで強く押し付ける。押し付けたまま数秒間待つ。注射器を大腿部から抜き取る。



Step3
確認

オレンジ色のニードルカバーが自動的に伸びたことをチェックし、正常に注射できたことを確認する。

