

IV 様式例

〇〇年〇月〇日

保護者各位

〇〇〇立〇〇〇学校
校長 〇〇〇〇〇

学校におけるアレルギー疾患への対応について

アレルギー疾患のある児童（生徒）が、安全・安心に学校生活をおくることができるよう、学校生活の中での配慮・管理を希望される場合は、別紙により学校生活管理指導表の配付を申し出てください。

申し出があった児童（生徒）の保護者の皆様に対して、学校生活管理指導表を提出していただいた後に、保護者と具体的な取組について相談することとしています。

* 学校でアレルギー疾患に対して配慮・管理を行う対象の児童（生徒）

- ・ 医師が学校での配慮・管理を必要と判断している。
- ・ 医師が記入した学校生活管理指導表が提出されている。

「医師が学校での配慮・管理が不必要と判断した場合」「家庭で管理を行っていない場合」「保護者のみの判断」は、対象外とする。



この調査は、お子さんの健康状態を知り、学校で行われる健康診断を効果的に実施するとともに、日常生活指導の資料として役立つものです。項目をよく読んで、該当するところに○をつけ、必要項目に記入してください。

氏名	ふりがな (男・女)	学年	組	出席番号	保護者印	担任印	学年	組	出席番号	保護者印	担任印
生年月日	年 月 日	1					4				
		2					5				
保護者名		3					6				

1 今までにかかったことのある病気(番号に○をつけて年齢を記入してください。)

1	心臓疾患	歳	5	肝臓(かんぞう)病	歳	12	耳鼻科疾患	歳
	病名		6	麻疹(はしか)	歳		(病名)	
	()		7	風疹(三日ばしか)	歳	13	手術した病気・けが	歳
	定期健診(有・無)		8	水痘(みずぼうそう)	歳		()	
2	リュウマチ熱	歳	9	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	歳	14	その他	歳
3	川崎病	歳	10	自家中毒	歳		()	
4	腎臓(じんぞう)病	歳	11	ひきつけ・けいれん	歳			

2 受けたことのある予防接種(年月日を記入してください。)

インフルエンザ菌b型(Hib)	BCG
小児肺炎球菌	麻しん・風しん(第1期 第2期)
B型肝炎	水痘
ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ	日本脳炎
その他	

3 その他の健康状態(該当するところに○をつけ必要項目を記入してください。)

	症状	学年					
		1年	2年	3年	4年	5年	6年
眼 科	文字や物が見えにくい						
	目が疲れる						
	めがね使用()歳から						
	コンタクトレンズ使用()歳から						
耳 鼻 科	現在治療中の耳の病気がある						
	たびたび耳が痛んだり耳だれが出ることもある						
	人の話を聞き取りにくいことがある						
	時期的に鼻の調子が悪くなる・鼻づまりが気になる						
	鼻血が出やすい						
	アレルギー性鼻炎がある						
	のどが痛んで38℃以上の熱を出すことが年に4回以上ある						
	へんとう(腺)またはアデノイドの手術をしたことがある						
	大きないびきをかく						
	いびきの途中何秒か息が止まることが多い						
一 般	上記以外で耳鼻科に1ヶ月以上続けて通ったことがある						
	病名()						
	発熱しやすい						
	頭痛をおこしやすい						
	腹痛をおこしやすい						
	めまい・貧血をおこしやすい						
	下痢をおこしやすい						
	便秘をおこしやすい						
	どうき・息切れがする						
	特定の食物を食べて、じんましんや咳、呼吸が苦しくなったことがある						
その他 相談したいこと							

4 アレルギー性特異体質(現在の様子を具体的に記入して学年のところに○をつけてください)

体質		1年	2年	3年
1	喘息	よく発作を起こす どんな時() 時々発作を起こす しばらく起こさない 現在薬を飲んでいる ()	よく発作を起こす どんな時() 時々発作を起こす しばらく起こさない 現在薬を飲んでいる ()	よく発作を起こす どんな時() 時々発作を起こす しばらく起こさない 現在薬を飲んでいる ()
2	アレルギー性の疾患	アトピー性皮膚炎 花粉症 アレルギー性鼻炎 シックハウス症候群 その他()	アトピー性皮膚炎 花粉症 アレルギー性鼻炎 シックハウス症候群 その他()	アトピー性皮膚炎 花粉症 アレルギー性鼻炎 シックハウス症候群 その他()
3	使用禁止薬品	禁止薬品名() 何の薬ですか()	禁止薬品名() 何の薬ですか()	禁止薬品名() 何の薬ですか()
4	食べてはいけない食品	卵・そば・牛乳・小麦・落花生 その他の食品 ()	卵・そば・牛乳・小麦・落花生 その他の食品 ()	卵・そば・牛乳・小麦・落花生 その他の食品 ()
5	その他	アレルギー症状を具体的に書いてください ()	アレルギー症状を具体的に書いてください ()	アレルギー症状を具体的に書いてください ()
体質		4年	5年	6年
1	喘息	よく発作を起こす どんな時() 時々発作を起こす しばらく起こさない 現在薬を飲んでいる ()	よく発作を起こす どんな時() 時々発作を起こす しばらく起こさない 現在薬を飲んでいる ()	よく発作を起こす どんな時() 時々発作を起こす しばらく起こさない 現在薬を飲んでいる ()
2	アレルギー性の疾患	アトピー性皮膚炎 花粉症 アレルギー性鼻炎 シックハウス症候群 その他()	アトピー性皮膚炎 花粉症 アレルギー性鼻炎 シックハウス症候群 その他()	アトピー性皮膚炎 花粉症 アレルギー性鼻炎 シックハウス症候群 その他()
3	使用禁止薬品	禁止薬品名() 何の薬ですか()	禁止薬品名() 何の薬ですか()	禁止薬品名() 何の薬ですか()
4	食べてはいけない食品	卵・そば・牛乳・小麦・落花生 その他の食品 ()	卵・そば・牛乳・小麦・落花生 その他の食品 ()	卵・そば・牛乳・小麦・落花生 その他の食品 ()
5	その他	アレルギー症状を具体的に書いてください ()	アレルギー症状を具体的に書いてください ()	アレルギー症状を具体的に書いてください ()

5 健康(からだと心)について、学校医の先生や学校の先生に相談したいことやお願いしたいことがあったら記入してください。また、口頭で担任にお伝えくださっても結構です。

1年	2年	3年
4年	5年	6年



この調査は、生徒の健康状態を知り、学校で行われる健康診断を効果的に実施するとともに、日常生活指導の資料として役立つものです。項目をよく読んで、該当するところに○をつけ、必要項目に記入してください。

氏名	ふりがな (男・女)	学年	組	出席番号	保護者印	担任印
生年月日	年 月 日	1				
		2				
保護者名		3				

1 今までにかかったことのある病気(番号に○をつけて年齢を記入してください。)

1	心臓疾患 病名 () 定期健診(有・無)	歳	5	肝臓(かんぞう)病	歳	12	耳鼻科疾患 (病名)	歳
			6	麻疹(はしか)	歳			
			7	風疹(三日ばしか)	歳	13	手術した病気・けが ()	歳
			8	水痘(みずぼうそう)	歳			
2	リュウマチ熱	歳	9	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	歳	14	その他 ()	歳
3	川崎病	歳	10	自家中毒	歳			
4	腎臓(じんぞう)病	歳	11	ひきつけ・けいれん	歳			

2 受けたことのある予防接種(年月日を記入してください。)

インフルエンザ菌b型(Hib)	BCG
小児肺炎球菌	麻しん・風しん(第1期 第2期)
B型肝炎	水痘
ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ	日本脳炎
その他	

3 その他の健康状態(該当するところに○をつけ必要項目を記入してください。)

	症状	学年		
		1年	2年	3年
眼 科	文字や物が見えにくい			
	目が疲れる			
	めがね使用()歳から			
	コンタクトレンズ使用()歳から			
耳 鼻 科	現在治療中の耳の病気がある			
	たびたび耳が痛んだり耳だれが出ることがある			
	人の話を聞き取りにくいことがある			
	時期的に鼻の調子が悪くなる・鼻づまりが気になる			
	鼻血が出やすい			
	アレルギー性鼻炎がある			
	のどが痛んで38℃以上の熱を出すことが年に4回以上ある			
	へんとう(腺)またはアデノイドの手術をしたことがある			
	大きないびきをかく			
	いびきの途中何秒か息が止まることが多い			
上記以外で耳鼻科に1ヶ月以上続けて通ったことがある 病名()				
一 般	発熱しやすい			
	頭痛をおこしやすい			
	腹痛をおこしやすい			
	めまい・貧血をおこしやすい			
	下痢をおこしやすい			
	便秘をおこしやすい			
	どうき・息切れがする			
	特定の食物を食べて、じんましんや咳、呼吸が苦しくなったことがある			
その他 相談したいこと				

4 アレルギー性特異体質(現在の様子を具体的に記入して学年のところに○をつけてください)

	体質	1年	2年	3年
1	喘息	よく発作を起こす どんな時() 時々発作を起こす しばらく起こさない 現在薬を飲んでいる ()	よく発作を起こす どんな時() 時々発作を起こす しばらく起こさない 現在薬を飲んでいる ()	よく発作を起こす どんな時() 時々発作を起こす しばらく起こさない 現在薬を飲んでいる ()
2	アレルギー性の疾患	アトピー性皮膚炎 花粉症 アレルギー性鼻炎 シックハウス症候群 その他()	アトピー性皮膚炎 花粉症 アレルギー性鼻炎 シックハウス症候群 その他()	アトピー性皮膚炎 花粉症 アレルギー性鼻炎 シックハウス症候群 その他()
3	使用禁止薬品	禁止薬品名() 何の薬ですか()	禁止薬品名() 何の薬ですか()	禁止薬品名() 何の薬ですか()
4	食べてはいけない食品	卵・そば・牛乳・小麦・落花生 その他の食品 ()	卵・そば・牛乳・小麦・落花生 その他の食品 ()	卵・そば・牛乳・小麦・落花生 その他の食品 ()
5	その他	アレルギー症状を具体的に書いてください ()	アレルギー症状を具体的に書いてください ()	アレルギー症状を具体的に書いてください ()

5 健康(からだと心)について、学校医の先生や学校の先生に相談したいことやお願いしたいことがあったら記入してください。また、口頭で担任にお伝えくださっても結構です。

	1年	2年	3年

別紙様式 3

〇〇年〇月〇日

〇〇〇立〇〇〇学校

校長 〇〇〇〇〇 殿

学校におけるアレルギー疾患への対応について

このことについて、アレルギー疾患があり、医師等の指示により配慮や取組が必要なことから、学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)の配付を希望します。

対象児童 生徒氏名	ふりがな 氏 名 性別 (男 ・ 女)
学年 組	
保護者 氏名	
保護者 連絡先	住所 電話番号

〇〇〇立〇〇〇学校
校長 〇〇〇〇〇 殿

学校におけるアレルギー疾患への対応解除について

このことについて、学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）により除去していた次の食品について、医師の指導の元、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、学校における対応解除をお願いします。

食品名	
対象児童 生徒氏名	ふりがな 氏 名 性別 (男 ・ 女)
学年 組	
保護者 氏名	

食物アレルギーに関する調査票

年 組 名前

【あてはまるものに○または、記入をしてください】

1 食物アレルギーについてお聞きします。	
①いつ頃から症状が出ましたか。	()歳頃
②今までどのような症状が出ましたか。	発疹 じんましん 下痢 吐き気 ぜんそく アナフィラキシー アナフィラキシーショック その他()
③症状がでた回数	回
④最後の発症年月日	年 月
⑤原因食物	食品名
⑥現在、除去中の食物はありますか。	いいえ はい 食物名
⑦ ⑥が、はいの場合 除去中の食べ物については、医師の 指示を受けていますか。	医師の指示による 医師の指示でなく保護者の判断による その他()
⑧過去に除去していて、現在は食べられる ようになった食物はありますか。	いいえ はい 食物名
⑨運動により、症状がでたことがあり ましたか。	いいえ はい → 食事との関係はありますか 食事との関係がある 食事との関連はない
2 食物アレルギーの治療薬についてお聞きします。	
①現在、食物アレルギーの治療のために、 使用している薬はありますか。	いいえ はい 内服薬 外用薬 注射薬(エピペン®) その他
②学校に、薬の持参をしますか。	いいえ はい 薬品名
③薬は、お子様が自分で管理、及び使用 ができますか。	いいえ → 具体的な管理方法を学校と相談する必要があります。 はい
3 学校での対応についてお聞きします。	
①学校での食物アレルギーへの個別対応 を希望しますか。	いいえ → 症状が軽いので、特別対応は必要ありません。 はい → 個別対応の内容は、学校と相談する必要があります。
②食物アレルギーについて、学校生活 の中で心配なことがありましたら、御記入 ください。 給食・食物を扱う授業・運動 宿泊を伴う活動 等	

記入年月日: 年 月 日

保護者署名

〇〇年〇月〇日

保護者各位

〇〇〇立〇〇〇学校
校長 〇〇〇〇〇

学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）の配付について

先般、申し出がありました、学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）を配付いたしますので、趣旨を御理解いただき、主治医に記入をしていただき、提出願います。

1 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）提出の目的

学校において、アレルギー疾患に対して、より適切な管理や配慮の取組を行うために、主治医に病状・治療状況、学校生活上の留意点、緊急連絡先を記入していただき、保護者との話し合いや取組のための資料とする。

2 提出後の対応

提出いただいた学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）をもとに学校と保護者で話し合いをもち、取組を行う。

3 お願い

- ・学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）は、学校での取組や緊急時の対応に活用するために、記載内容について教職員が共有することへの同意について、保護者の意思を明らかにしてください。（裏面欄外の署名の記入）
- ・症状や治療等の状況に変化があった場合は、その都度、学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）の提出をお願いします。
- ・配慮や管理について変化がない場合であっても、少なくとも年1回主治医に対応の変更がない旨を確認し、学校生活管理指導表に記載をしてください。
- ・アレルギー疾患の対応の中で、学校給食についての対応が必要な場合は、さらに詳細な情報を求めることがあります。
- ・医師の学校生活管理指導表の記載に係る文書料が必要な場合は、保護者負担になります。
- ・記載内容について、必要時学校から主治医に問い合わせる場合もあります。

氏名	男・女		保護者						
生年月日	年 月 日 生		住所						
学校名			電話						
			学年・組	1-	2-	3-	4-	5-	6-
			担任印						
原因食品 ・症状 *頻度	原因食品	症状	頻度	原因食品	症状	頻度			
* ①必ず出る ②ほとんど出る ③時々出る									
アナフィラキシーの発症既往	有 ・ 無								
	年月日	症状		年月日	症状				
	・			・					
緊急時に備えた処方薬	有 ・ 無								
	<input type="checkbox"/> 内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬)								
	<input type="checkbox"/> アドレナリン自己注射薬(エピペン [®])使用期限								
学校生活上の留意点 (学校生活管理指導表より転記)	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	より厳しい除去が必要なもの	その他の配慮・管理事項			
	管理不要	管理不要	管理不要	管理不要					
	管理必要	管理必要	管理必要	管理必要					
緊急連絡先									
優先順位	氏名	続柄	電話番号		連絡先(○をつける)				
1					自宅・職場・携帯				
2					自宅・職場・携帯				
3					自宅・職場・携帯				
4					自宅・職場・携帯				
医療機関連絡先									
かかりつけ医療機関				変更					
電話番号									
主治医名									
診療科									
消防機関への情報提供の状況									

保育所・幼稚園での対応

施設名		情報提供者		施設での給食	有	無（毎日弁当）
給食の 対応						

家庭での食事の対応

偏食 栄養のとり方 代替食品 など	
----------------------------	--

面談・対応・発症状況の記録(変更記録を含む)

小 1		小 2		小 3	
月日	面談・対応の変更・発症状況等	月日	面談・対応の変更・発症状況等	月日	面談・対応の変更・発症状況等
特記 事項		特記 事項		特記 事項	
小 4		小 5		小 6	
月日	面談・対応の変更・発症状況等	月日	面談・対応の変更・発症状況等	月日	面談・対応の変更・発症状況等
特記 事項		特記 事項		特記 事項	

食物アレルギー取組プラン(案・決定)

取組プラン案検討日 年 月 日
 保護者説明協議日 年 月 日

入学年度		名前	
------	--	----	--

食物アレルギー病型	アナフィラキシー病型	原因食材

学校長確認署名	
保護者確認署名	

学校における配慮

給食の対応				
食物・食材を扱う授業・活動				
運動(体育・部活動など)				
遠足・校外活動				
宿泊を伴う活動				
緊急時 対応	緊急時に備えた処方薬	内服薬 (抗ヒスタミン薬、ステロイド薬)	アドレナリン自己注射薬 (エピペン [®])	その他
	使用時の 症状の目安			
	保管場所			
	留意事項			
	緊急対応時の留意事項			
緊急時の保護者等への 連絡方法				

氏名	男・女		保護者			
生年月日	年 月 日生		住所			
学校名			電話			
			学年・組	1-	2-	3-
			担任印			
原因食品 ・ 症状 * 頻度	原因食品	症 状	頻 度	原因食品	症 状	頻 度
* ①必ず出る ②ほとんど出る ③時々出る						
アナフィラキシーの発症既往	有 ・ 無					
	年月日	症 状		年月日	症 状	
	・ ・			・ ・		
緊急時に備えた処方薬	有 ・ 無					
	<input type="checkbox"/> 内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) <input type="checkbox"/> アドレナリン自己注射薬(エピペン [®])使用期限 <input type="checkbox"/> その他(
学校生活上の留意点 (学校生活管理指導表より転記)	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	より厳しい除去が必要なもの	その他の配慮・管理事項
	管理不要	管理不要	管理不要	管理不要		
	管理必要	管理必要	管理必要	管理必要		
緊急連絡先						
優先順位	氏 名	続 柄	電 話 番 号		連絡先(○をつける)	
1					自宅・職場・携帯	
2					自宅・職場・携帯	
3					自宅・職場・携帯	
4					自宅・職場・携帯	
医療機関連絡先						
かかりつけ医療機関				変更		
電話番号						
主治医名						
診療科						
消防機関への情報提供の状況						

保育所・幼稚園での対応

施設名		情報提供者		施設での給食	有	無 (毎日弁当)
給食の対応						

小学校での対応

施設名		情報提供者		学校給食	有	無 (毎日弁当)
給食の対応						

中学校での対応

施設名		情報提供者		学校給食	有	無 (毎日弁当)
給食の対応						

家庭での食事の対応

偏食 栄養のとり方 代替食品 など	
----------------------------	--

面談・対応・発症状況の記録(変更記録を含む)

中(高) 1		中(高) 2		中(高) 3	
月日	面談・対応の変更・発症状況等	月日	面談・対応の変更・発症状況等	月日	面談・対応の変更・発症状況等
特記事項		特記事項		特記事項	

食物アレルギー取組プラン(案・決定)

取組プラン案検討日 年 月 日
保護者説明協議日 年 月 日

入学年度	名前	
------	----	--

学校長確認署名	
保護者確認署名	

食物アレルギー病型	アナフィラキシー病型	原因食材

学校における配慮

給食の対応				
食物・食材を扱う授業・活動				
運動(体育・部活動など)				
遠足・校外活動				
宿泊を伴う活動				
緊急時 対応	緊急時に備えた処方薬	内服薬 (抗ヒスタミン薬、ステロイド薬)	アドレナリン自己注射薬 (エピペン®)	その他
	使用時の 症状の目安			
	保管場所			
	留意事項			
	緊急対応時の留意事項			
緊急時の保護者等への連絡方法				

学校内での緊急時対応マニュアル（例）

発見者「観察」

異常に気づく

立たせない！歩かせない！

●緊急性が高い症状

- | | | |
|----------------------------------|--|------------------------------------|
| 全身の症状 | 呼吸器の症状 | 消化器の症状 |
| <input type="checkbox"/> ぐったり | <input type="checkbox"/> のどや胸が締め付けられる | <input type="checkbox"/> 我慢できない腹痛 |
| <input type="checkbox"/> 意識もうろう | <input type="checkbox"/> 声がかすれる | <input type="checkbox"/> 繰り返し吐き続ける |
| <input type="checkbox"/> 尿や便を漏らす | <input type="checkbox"/> 犬が吠えるような咳 | |
| <input type="checkbox"/> 脈が触れにくい | <input type="checkbox"/> 息がしにくい | |
| <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い | <input type="checkbox"/> 持続する強い咳込み | |
| | <input type="checkbox"/> 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) | |

子供から離れず観察

●緊急性の高い症状があるか？

5分以内で判断

あり

迷ったら使用！

●応急処置
エピペン®の使用
薬の内服確認

応急処置
・学校生活管理指導表や
取組プランを参考に！

教職員 A 「準備」

- 緊急時対応セット持参
- エピペン®、AED準備
- エピペン®の使用又は介助

教職員 C 「記録」

- 観察を始めた時刻
- 5分ごとの症状
- エピペン®を使用した時刻
- 内服薬を飲んだ時刻

・症状、意識状態、呼吸、心拍等
・症状等は分単位で急速に進行することが多い。

・緊急搬送時は、
発症と対応の記録、個人カルテ、学校生活管理指導表
様式 11 アドレナリン自己注射薬に関わる救急隊への情報提供票等を持参

管理職

●職員の緊急時対応の役割確認と指示

教職員 B 「連絡」

- 救急車の要請（119番通報）
- 管理職を呼ぶ
- 保護者へ連絡

＜救急車要請の目安例＞
・アナフィラキシーの症状が見られる場合
・強い呼吸器症状の疑いがある場合
・学校生活管理指導表で指示がある場合
・エピペン®を使用した場合
・主治医、学校医または保護者からの要請がある場合

教職員 D 「その他」

- ほかの子供への対応
- 救急車の誘導

呼びかけに反応がなく、呼吸がない場合
緊急性が高い症状が、一つでもある場合

●救命措置

- ・気道確保
- ・心肺蘇生
- ・AED使用
- ・その場で安静にし、救急隊を待つ

救急隊へのバトンタッチ

経過記録票

本様式例は、発症時に経過を記録するとともに、消防機関や医療機関への引継ぎに活用を想定している。記録は個人カルテに併せて学校で保管を行う。

名前		体重		生年月日	年 月 日
保護者氏名		住所	保護者連絡先		

発症時間	年 月 日 時 分					
食べたものとその量						
行った対応	初期処置	<input type="checkbox"/> 口の中のものを取り除く <input type="checkbox"/> うがいをする <input type="checkbox"/> 洗う <input type="checkbox"/> 触れた部分を洗い流す				
	内服対応	内服時間	内服量	対応者		
	エピペン®	使用時の症状	接種時間			
			接種者			
連絡先	<input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 所轄消防署 <input type="checkbox"/> 医療機関					
症状	臓器	重症度		臓器	重症度	
	皮膚	A	部分的なじんましん、赤み、かゆみ			
		B	広範囲なじんましん、赤み 強いかゆみ			
	粘膜	A	軽い唇やまぶたの腫れ	全身	A	普段よりやや元気がない
		B	明らかな唇やまぶた、顔面全体の腫れ		B	明らかに元気がない、立ってられない
		C	飲み込みにくさ		C	横になりたがる、ぐったり
		D	声、声が出ない、のどが締め付けられる		D	血圧低下 意識レベル低下～消失、失禁
	呼吸	A	鼻汁、鼻閉、単発の咳	消化器	A	軽い腹痛、単発の嘔吐
		B	時々繰り返す咳		B	明らかな腹痛、複数回の嘔吐・下痢
		C	強い咳込み、声がれ 喘鳴(ゼーゼー、ヒューヒュー)、呼吸困難		C	強い腹痛、繰り返す嘔吐や下痢
経過観察	時間	脈拍(回/分)	症状	対応	備考	
	:					
	:					
	:					
	:					
	:					
	:					
	:					
	:					
記録者						
医療機関	医療機関名	主治医名	電話番号	備考		

* 医療機関、消防署への情報伝達内容
 1 ○○学校、年齢、性別、緊急の旨
 2 アナフィラキシーショックが疑われている症状ある
 3 具体的症状とこれまで行った処置
 意識状態、顔色、心拍・呼吸状態が伝えられる場合は伝える

* 保護者への情報伝達と確認事項
 1 食物アレルギーの症状が出た
 2 具体的な症状とこれまで行った対応
 3 医療機関搬送のため救急車要請したことを伝える
 4 確認症状が出ている場合エピペン®を使用することを伝える
 5 保護者が搬送先医療機関に来られるか確認
 来られない場合の対応と今後の連絡先確認

医療用医薬品預かり書(依頼書) (例)

児童生徒名		性別	男 ・ 女
保護者名		生年月日	年 月 日
診断名			
主な症状等			
学校生活での 注意事項			
緊急時の対応 (確認事項)			
医薬品 について	薬の保管場所		
	医薬品名		
	使用に当たっ ての注意事項		
	保管上の 注意・禁忌	点検または交換時期	
医療機 関情 報	医療機関名		
	住所		
	電話番号	()	—
	主治医名	科	先生 (直通電話)
科		先生 (直通電話)	
緊急時連絡先	優先順位	氏名	続柄 連絡先 (電話番号)
	①		
	②		
	③		
その他連絡事項			
<p>学校における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を教職員で確認することに同意しますか。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>1. 同意する 2. 同意しない</p> <p style="text-align: right;">保護者名</p>			

様式 10

〇〇発第〇〇号
年 月 日

() 消防本部消防長 殿

学校名
学校長名

アドレナリン自己注射薬に係る情報提供について（依頼）

下記の児童（または、生徒）について、緊急時の対応にご配慮いただきますようお願いいたします。

- 1 対象児童（または、生徒）名 性別 （生年月日） 学年 組
- 2 保護者名
- 3 住所
- 4 緊急時連絡先① 名前 （続柄） 電話番号
② 名前 （続柄） 電話番号
- 5 児童（または、生徒）の状況について
 - ① 診断名
 - ② 原因食材など
 - ③ 処方を受けた医療機関
医療機関名（科）
医師名
住所・電話番号
 - ④ 処方されているアドレナリン自己注射薬
エピペン®注射液 0.15mg または、エピペン®注射液 0.3mg <どちらかに○印>
 - ⑤ 処方されているアドレナリン自己注射薬の校内での保管場所

6 保護者の承諾

上記の情報提供について、承諾します。

年 月 日

保護者名 _____

* 医療機関、処方されているアドレナリン自己注射薬が変更になった場合は、再度通知する。

* 該当児童生徒の処方がなくなった場合、卒業、転校した場合は、その旨を通知する。

様式 10-1 (終了等報告)

〇〇発第〇〇号
年 月 日

() 消防本部消防長 殿

学校名
学校長名

アドレナリン自己注射薬に係る情報提供について (通知)

このことにつきまして、年 月 日付け〇〇発第〇〇号で、下記の児童 (または、生徒) の情報提供をし、緊急時の対応について依頼したところですが、次のようになりましたので、通知いたします。

1 対象児童 (または、生徒) 名 性別 (生年月日) 学年 組

2 保護者名

3 住所

4 通知内容

* 年 月 日にアドレナリン自己注射薬の処方がなくなりました。

* 年 月 日に本校を卒業 (または、転校) いたしました。

(該当事項のみ記載)

アドレナリン自己注射薬に関わる救急隊への情報提供票（例）

下記の児童生徒について救急要請をいたしました。状況にあっては以下の通りです

●発見時（ 時 分）の児童生徒の症状（該当に○を付ける）

皮膚・粘膜症状	じんましん	かゆみ	眼の充血
呼吸症状	咳	ゼーゼー	ヒューヒュー 呼吸困難
消化器症状	吐気	嘔吐	腹痛
アナフィラキシーショック	血圧低下	頻脈	意識低下・消失



●意識低下又は消失したためエピペン[®]の注射 実施（ 時 分） 未実施
 （自己注射ができない） 気道確保 実施（ 時 分） 未実施



●継続的な状態の把握（該当に○を付け、時刻を記入）

皮膚・粘膜症状（ 時 分）	じんましん	かゆみ	眼の充血
呼吸症状（ 時 分）	咳	ゼーゼー	ヒューヒュー 呼吸困難
消化器症状（ 時 分）	吐気	嘔吐	腹痛
アナフィラキシーショック（ 時 分）	血圧低下	頻脈	意識低下・消失



●呼吸停止 心肺蘇生の実施 実施（ 時 分） 未実施

AEDの装着 実施（ 時 分） 未実施

●AED使用の場合 ショックの実施 実施（ 時 分） 未実施

（ その他（症状回復等があれば詳しく） ）

様式 12-1

発第 号
年 月 日

市町村（組合）教育委員会教育長殿

学校名
学校長名

学校における食物アレルギー等アナフィラキシー症状の
発症報告について（報告）

このたび、食物アレルギーに関わる発症がありましたので、改善策を協議し
対応の充実を図りましたので、別添のとおり報告いたします。

様式 12-2

発第 号
年 月 日

山梨県教育委員会
保健体育課長 殿

市町村（組合）教育委員会教育長
県立学校は 学 校 長

学校における食物アレルギー等アナフィラキシー症状の
発症報告について（報告）

このたび、食物アレルギーに関わる発症がありましたので、改善策を協議し
対応の充実を図りましたので、別添のとおり報告いたします。

学校における食物アレルギー等アナフィラキシー症状の発症報告書

学校名

事故発生時刻	年 月 日 () 午後・午前 時 分		
学習時間名等			
発生場所			
ふりがな 児童生徒 氏名	男・女	学年・ 組	年 組
原因物質			
摂取時刻	時 分	アナフィラキシーの既往 有・無	
日常の対応	1 特になし 2 管理指導表提出あり 献立表の提供 弁当持参 (一部・全部) 除去食 代替食 その他 ()		
該当する箇所に○	内服薬携帯 (有・無) エピペン [®] 携帯 (有・無)		
事故の概要	新規発症 ・ 誤食 ・ 運動誘発 ・ その他 ()		
該当する症状に <input checked="" type="checkbox"/>	《症状》 <input type="checkbox"/> 弱いかゆみ (自制内) <input type="checkbox"/> 強いかゆみ (自制外) <input type="checkbox"/> 強い腹痛 <input type="checkbox"/> 数個の蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 全身の蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 繰り返しの嘔吐 <input type="checkbox"/> 部分的な赤み <input type="checkbox"/> 全身の赤み <input type="checkbox"/> 喉や胸が締め付けられる <input type="checkbox"/> 目のかゆみ・充血 <input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 唇の腫れ <input type="checkbox"/> まぶたの腫れ <input type="checkbox"/> 犬が吠えるような咳 <input type="checkbox"/> くしゃみ・鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 中等度の腹痛 <input type="checkbox"/> 持続する強い咳込み <input type="checkbox"/> 軽い腹痛 <input type="checkbox"/> 1～2回の嘔吐 <input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 1～2回の下痢 <input type="checkbox"/> ぐったりする <input type="checkbox"/> 口腔違和感 <input type="checkbox"/> 数回の咳 <input type="checkbox"/> 意識もうろう <input type="checkbox"/> 唇、爪が青白い <input type="checkbox"/> 脈が触れにくい <input type="checkbox"/> 脈が不規則 <input type="checkbox"/> その他 ()		
受診(搬送)方法	救急車・保護者の車・その他	入院の有無	有・無 有の場合日数 () 日
学校の対応 救急搬送 保護者への 連絡等時系 列で記載	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> エピペン [®] 使用 <input type="checkbox"/> 119通報 <input type="checkbox"/> 受診		
今後の対応			
備考			