

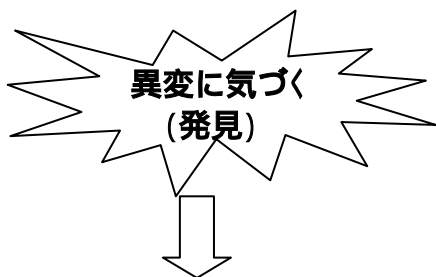
アナフィラキシー個別対応票(緊急時)

様式 1

緊急時の対応や学校生活上の留意点については、保護者から提出された様式2、主治医から提出された学校生活管理指導表等をもとに、学校、保護者、主治医で話し合い、確認された内容を記入する。また、内容変更の有無について毎年確認する。

児童生徒氏名：

生年月日：平成 年 月 日



発見者が行うこと

- ・発症した児童生徒から目を離さない。
(意識状態、呼吸、脈拍、症状の把握)
- ・**人手の確保。**
(近くの児童生徒に他の教職員を呼ぶよう伝える。)
- ・意識の無い場合は、直ちに救急車の要請を依頼する。

全職員で対応する 校長・副校長・教頭等が全体を把握し対応者への指示を行う。

応急処置 (使用の目安、保管方法等、主治医から指示されている内容)

- ・内服薬：
- ・エピペン®(0.15mg 0.3mg)：
- ・その他：

「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あるが、本人自ら注射できない緊急時に限り、救急救命士や教職員が注射できる。
(使用した注射器は受診した医師に渡す。)

保護者への連絡

自宅 ()

- ・母携帯 () ・ ()
- ・父携帯 () ・ ()
- ・ () ・ ()

救急車の要請 119

要請の目安：

搬送先医療機関名： ()

診療科： 主治医名：

ID (カルテ) 番号： (カルテがある場合)

エピペン®が処方されている場合、救急車要請時、その旨を伝える。

その他の対応

・症状の記録・周囲の児童生徒への対応・救急隊の誘導 など

(学校生活上の留意点については裏面参照。給食の対応は様式3参照)

