

様式集

目 次

【様式 1】表・裏

「食物アレルギーに関する調査票」

【様式 2-1】表・裏

「教育・保育施設におけるアレルギー疾患生活管理指導表（食物アレルギー・アナフィラキシー）」

【様式 2-2】

「教育・保育施設におけるアレルギー疾患生活管理指導表（アレルギー性鼻炎・結膜炎）」

【様式 2-3】

「教育・保育施設におけるアレルギー疾患生活管理指導表（気管支喘息・アトピー性皮膚炎）」

【様式 3-1】

「食物アレルギー除去依頼申請書」

【様式 3-2】

「食物アレルギー除去依頼申請書（一時預かり利用者用）」

【様式 4】

「家庭における食物摂取状況」

【様式 5】

「食物アレルギー除去解除申請書」

【様式 6】表・裏

「緊急時個別対応票」

【様式 7】表・裏

「佐倉市食物アレルギー与薬依頼書【保護者記載】」

食物アレルギーに関する調査票
(問診票 5 (3) で食物アレルギーがあると答えた方・入園問診用)

名 前 _____

《食物アレルギーの原因食物・症状について》

質問1：医師による診察を受けたことがありますか。

いいえ

はい (医療機関名 _____)

検査名	実施日	結果
血液検査		
食物負荷試験		
その他		

質問2：食物アレルギーを起こす原因食物と摂取後に起こる症状は何ですか？

食物名	症 状	発症年齢

質問3：症状が起きた場合、どのような対処をしていますか？

対処方法

(_____)

質問4：アナフィラキシーショックについて

①アナフィラキシーショックの経験はありますか？

いいえ

はい (回数： _____ 回 最後の発症年月： _____ 年 _____ 月 _____)

(原因と症状： _____)

②誤食をした時の薬は処方されていますか？

いいえ

はい (エピペン ・ 内服薬 _____)

質問5：現在除去中の食べ物はありますか？

いいえ

はい (食物名 _____)

質問6：代替食品の使用はしていますか？

いいえ

はい 例牛乳・・MA1ミルク (_____)

質問7：過去に除去食を行っていたが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（食品名 _____）

質問8：定期的を受診していますか？

いいえ

はい（ _____ ）

質問9：教育・保育施設の給食等で除去食を希望しますか？

いいえ

はい

《その他のアレルギー疾患について》

質問10：食物アレルギー以外のアレルギー疾患はありますか

喘息 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 アレルギー性結膜炎

その他（ _____ ） いいえ

質問11：アレルギー症状を引き起こす原因は何ですか？

ダニ ハウスダスト ペットのフケ、毛等 花粉 カビ

蜂毒 ラテックス（ゴム手袋） 金属

薬物（種類 _____）

その他（ _____）

《治療について》

質問12：現在アレルギー疾患の治療のため使用している薬はありますか？

いいえ

はい 内服薬（ _____ ）

吸入薬（ _____ ）

外用薬（ _____ ）

その他（ _____ ）

質問13：教育・保育施設に与薬の依頼を希望しますか？

いいえ

はい（薬剤名 _____）

→詳細は教育・保育施設と要相談

《教育・保育施設の対応について》

質問14：主治医より生活面について注意を受けていることはありますか？

いいえ

はい →（指導内容 _____）

その他 _____

記入年月日： 年 月 日 保護者署名： _____

子育て支援課 面接担当者 _____

【様式 2-1】表

教育・保育施設におけるアレルギー疾患生活管理指導表(食物アレルギー・アナフィラキシー)

◎ この生活管理指導表は教育・保育施設の生活において特別な配慮や管理が必要な、
食物アレルギー・アナフィラキシーがある場合は、必ず作成してください。

名前	男 女	H R	年	月	日生	歳	ヶ月	組
食物アレルギー(あり・なし)		アナフィラキシー既往(あり・なし)						
病型・治療					教育・保育施設での生活上の留意点			
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) 1. 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎 2. 即時型食物アレルギー 3. その他 (乳児消化管アレルギー・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・その他)					A. 給食・離乳食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定			
B. アナフィラキシー病型(アナフィラキシー既往有の場合のみ記載) 1. 食物(原因:) 2. その他(医薬品・食物依存性運動誘発アナフィラキシー ラテックスアレルギー・昆虫・動物のフケや毛)					B. 食物・食材・容器を扱う活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定			
<p>該当するすべての番号を記載ください(除去根拠番号)</p> <p>① 明らかな症状の既往 ② 食物負荷試験結果</p> <p>③ IgE抗体等検査結果 ④ 未摂取</p>					C. アレルギー用調整粉乳 1. 不要 2. 必要 下記該当ミルクに○、又は()内に記入 ミルフィー・ニューMA-1・MA-mi ペプディエット・エレメンタルフォーミュラ その他()			
C. 原因食物 該当する食品に○をし、 除去根拠欄に番号の記載を。			D. 摂取不可のものに○を記入			除去根拠 欄		
						年	月	日
						年	月	日
						医師名	医師名	
1 鶏卵	卵殻カルシウム		微量混入(コンタミネーション)					
2 牛乳・乳製品	乳糖		微量混入(コンタミネーション)					
3 小麦	麦茶		微量混入(コンタミネーション)					
4 ソバ			微量混入(コンタミネーション)					
5 ピーナッツ			微量混入(コンタミネーション)					
6 大豆	大豆油							
7 ゴマ	ゴマ油							
8 (種実類) クルミ・アーモンド								
9 (甲殻類) エビ・カニ								
10 (軟体類・貝類) イカ・貝柱・タコ								
11 (魚卵) タラコ・ししゃも								
12 (魚類) サケ・サワラ・サバ・タイ・ブリ	かつおだし いりこだし							
13 (肉類) 鶏肉・牛肉・豚肉	エキス							
14 (果物類) キウイ・バナナ・りんご・メロン								
15 味噌・醤油・酢								
16 その他()								
D. 緊急時に備えた処方薬 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「エピペン0.15mg」【体重 kg】 3. その他()					E. その他の配慮・管理事項(自由記載) ① 皮膚接触による症状の出現 (有・無)			
医師名					医療機関名			

(施設受理日)

1 回目 令和 年 月 日

2 回目 令和 年 月 日

1. 卵殻カルシウム

卵殻カルシウムは、卵殻を主原料とするもので、その成分は酸化カルシウムである。焼成でも未焼成であっても、鶏卵タンパクの混入はほぼなく、基本的に除去する必要はない。

2. 牛乳・乳製品：乳糖

乳糖は、牛乳中に存在するガラクトースとグルコースが結合した二糖類である。稀に、牛乳アレルギー患者でアレルギー症状を起こすことがある。乳糖は牛乳を原材料として作られているため、乳糖1g中に4~8 μ gの牛乳タンパク質が混じっている。乳糖はアレルギー物質表示制度では表示義務になっている「乳」に含まれる。「乳」の文字が含まれているため「乳」の代替表記として認められている。

3. 小麦：麦茶

麦茶は大麦の種子を煎じて作った飲み物であり、小麦と直接関係はない。しかし小麦アレルギーのなかに麦類全般に除去指導されている場合があり、この場合に麦茶の除去が必要な場合がある。

6. 大豆：大豆油・(醤油・味噌)

大豆油に関して、そもそも食物アレルギーは原因食物の特定のタンパク質によって誘発されるものであり油脂成分が原因とは基本的にはならない。大豆油中のタンパク質は、0g/100mlであり、除去する必要はないことがほとんどである。

7. ゴマ：ゴマ油

ゴマ油も大豆油と同様に除去する必要がないことが多い。しかし大豆油と違って精製度の低いゴマ油はゴマタンパクが混入している可能性があり、除去の対象となることがあり注意を要する。

12. 魚類：かつおだし・いりこだし

魚類の出汁(だし)に含まれるタンパク質量は、かつおだしで0.5g/100ml、いりこだしで0.1g/100mlと極少量である。このためほとんどの魚類アレルギーは出汁を摂取することができる。

13. 肉類：エキス

肉エキスとは肉から熱水で抽出された抽出液を濃縮したもので通常調味料として用いられる。一般的に加工食品に使用される量は非常に少量であるので、肉エキスは摂取できる。
※食品成分に関しては、「五訂増補日本食品標準成分表(文部科学省)」による。

15. 味噌・醤油・酢

- ・ 味噌は本来その生成過程で小麦は使用しないため、純粋な製品には小麦の表記はなく、小麦アレルギーでも使用できる。大豆タンパクに関しても醤油と同様に考えることができる。なお、味噌のタンパク質含有量は9.7-12.5g/100gである。

- ・ 醤油は原材料に小麦が使用されているが、醤油が生成される発酵過程で小麦タンパクは完全に分解される。このため基本的に小麦アレルギーであっても醤油を摂取することはできる。

- ・ 醤油における大豆タンパクも生成の発酵過程で、小麦タンパクと同様に分解が進む。醤油のタンパク質含有量は7.7g/100mlであるが、調理に利用する量は少ないこともあり、重症な大豆アレルギーでなければ醤油は利用出来ることが多い。

- ・ 酢は正確には食酢、このうちの醸造酢(米酢、大麦黒酢を除く)に小麦が使用されている可能性がある。単に酢だけでは小麦が含まれているか否かはわからない。ただ、酢に含まれるタンパク量は非常に少なく(0.1g/100ml)、また一回摂取量も非常に少ないため、基本的には摂取することができる。

◎微量混入コンタミネーション(同じ工場やラインで製造している等)のあるもの【加工食品(お菓子等)】

微量で重篤な症状が出るような場合でなければ、摂取することができる。

教育・保育施設におけるアレルギー疾患生活管理指導表(アレルギー性鼻炎・結膜炎)

◎ この生活管理指導表は教育・保育施設の生活において特別な配慮や管理が必要になった場合に限り作成してください。

名前	男 女	H R	年	月	日生	歳	ヶ月	組
----	--------	--------	---	---	----	---	----	---

アレルギー性鼻炎(あり・なし)	
病型・治療	教育・保育施設での生活上の留意点
A. 病型 1. 通年性アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎 主な症状の時期: 春・夏・秋・冬	A. 屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定
B. 治療 1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬(内服) 2. 鼻噴霧用ステロイド薬 3. その他	B. その他の配慮・管理事項(自由記載)
記載日 年 月 日 医師名	医療機関名

アレルギー性結膜炎(あり・なし)	
病型・治療	教育・保育施設での生活上の留意点
A. 病型 1. 通年性アレルギー性結膜炎 2. 季節性アレルギー性結膜炎(花粉症) 3. 春季カタル 4. アトピー性角結膜炎 5. その他()	A. プール指導 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. プールへの入水不可
B. 治療 1. 抗アレルギー点眼薬 2. ステロイド点眼薬 3. 免疫抑制点眼薬 4. その他()	B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 C. その他の配慮・管理事項(自由記載)
記載日 年 月 日 医師名	医療機関名

施設受理日 令和 年 月 日

教育・保育施設におけるアレルギー疾患生活管理指導表(気管支喘息・アトピー性皮膚炎)

◎ この生活管理指導表は教育・保育施設の生活において特別な配慮や管理が必要になった場合に限り作成してください。

名前	男 女	H R	年	月	日生	歳	ヶ月	組
----	--------	--------	---	---	----	---	----	---

気管支喘息(あり・なし)	
病型・治療	教育・保育施設での生活上の留意点
A. 重症度分類 (治療内容を考慮した) 1. 間欠型 2. 軽症持続型 3. 中等症持続型 4. 重症持続型	C. 急性発作治療薬 1. ベータ刺激薬吸入 2. ベータ刺激薬内服 3. その他
B. 長期管理薬 1. ステロイド吸入薬 剤形: 投与量(日): 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 3. DSCG(インターール)吸入薬 4. ベータ刺激薬 内服 貼付薬 5. その他()	D. 急性発作時の対応 (自由記載)
	A. 寝具に関する留意点 1. とくになし(通常管理のみ) 2. 防ダニシーツ等の使用 3. 保護者と相談
	B. 食物に関する留意点 1. とくになし 2. 食物アレルギー管理指導表参照 C. 動物との接触 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物への反応が強いため不可 動物名() D. 外遊び、運動に対する配慮 1. とくになし 2. 保護者と相談し決定
記載日 年 月 日 医師名	医療機関名

アトピー性皮膚炎(あり・なし)	
病型・治療	教育・保育施設での生活上の留意点
A. 重症度のめやす(厚生労働科学研究班) 1. 軽症:面積に関わらず、軽度の皮疹のみみられる。 2. 中等症:強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満にみられる。 3. 重症:強い炎症を伴う皮膚疹が体表面積の10%以上、30%未満に見られる。 4. 最重症:強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上にみられる。 ※軽度の皮疹軽度の紅班、乾燥、落屑主体の病変 ※強い炎症を伴う皮疹紅班、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変	A. プール・水遊び及び長時間の紫外線下での活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. 動物との接触 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名()
B-1. 常用する外用薬 1. ステロイド軟膏 2. タクロムリス軟膏 (「プロトピック」) 3. 保湿剤 4. その他()	B-2. 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他() C. 食物アレルギーの合併 1. あり 2. なし
C. 発汗後 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 夏季シャワー浴 (施設で可能な場合)	D. その他の配慮・管理事項(自由記載)
記載日 年 月 日 医師名	医療機関名

施設受理日 令和 年 月 日

【様式3-1】

食物アレルギー除去依頼申請書

令和 年 月 日

(宛先) _____ 園長

申請者 氏名 _____ 印

続 柄 ()

食物アレルギーのため、教育・保育施設の給食等提供について、別紙生活管理指導表に基づき、原因食品の除去依頼を申請します。

なお、アレルギー除去食の実施及び対応については、貴施設の規定の説明を受け同意します。

クラス	
(フリガナ) 名 前	
生年月日	

【様式3-2】

食物アレルギー除去依頼申請書(一時預かり利用者用)

令和 年 月 日

(宛先) _____ 園長

申請者 氏名 _____ 印

続柄 ()

食物アレルギーのため、教育・保育施設の給食等提供について、別紙、提出物(食物アレルギーに関する調査票(様式1)・生活管理指導表(様式2-1)*・家庭における食物摂取状況(様式4))に基づき、原因食品の除去依頼を申請します。

なお、アレルギー除去食の実施及び対応については、貴施設の規定の説明を受け同意します。

クラス	
(フリガナ)	
名前	
生年月日	

※生活管理指導表(様式2-1)が未提出の場合の提出予定

① 年 月 日提出予定 ②次回利用時(年 月 日)

③その他 _____

記入日:令和 年 月 日記入

家庭における食物摂取状況(アレルギー調査用)

(施設名 _____)(名前 _____)

食べたことがある食品を○で囲んでください。

アレルギー症状が出たことがある場合は、食品と症状を書いてください。

食品名	アレルギー症状が出たことがある
鶏卵	
牛乳 ヨーグルト チーズ バター	
小麦	
ソバ ※	
ピーナッツ ※	
大豆 豆腐 納豆	
ゴマ	
クルミ カシューナッツ アーモンド	
エビ カニ	
イカ	
ししゃも	
サケ サワラ サバ タイ ブリ サンマ イワシ	
鶏肉 牛肉 豚肉	
キウイフルーツ バナナ もも りんご オレンジ メロン すいか パイナップル	
トマト	
やまいも	
味噌 醤油 酢 トマトケチャップ ソース	
ゼラチン	
その他()	

※印のソバやピーナッツは、アナフィラキシー症状が重篤のため、教育・保育施設給食では使用禁止としていますが、コンタミネーションなどの危険性をさけるため、記載しています。

食物アレルギー除去解除申請書

令和 年 月 日

(宛先) _____ 園長

申請者 氏名 _____ 印

続 柄 ()

生活管理指導表に基づき除去を申請していましたが、医師の指導のもと、複数回食べて症状が誘発されていないので、教育・保育施設における完全解除をお願いします。

クラス	
(フリガナ) 名 前	
生年月日	
食品名	
受診日	
医療機関名	

緊急時個別対応票

【様式6】表

写真貼付

クラス	フリガナ 名前	性別	生年月日

原因食品

原因食品を食べた後に起こる症状

原因食品	発症年齢	症状

誤食時の薬	内服薬	なし・あり()
		保管場所 ()
	エピペン	なし・あり()
		保管場所 ()

毎日使用する薬	内服薬	なし・あり ()
	外用薬	なし・あり ()

保護者連絡先	名前・名称		続柄	連絡先	保護者への連絡 1. 食物アレルギー-症状出現状況 2. エピペン及び緊急時預かり薬使用、救急搬送または医療機関受診についての了承または事後報告 3. 保護者が来園または搬送先または受診先に来れるか確認
	1				
	2				
	3				
	4				

指定救急機関	救急	119	準備しておく情報 1.患者の基本情報 (生年月日・性別・既往歴・現病歴・かかりつけ医療機関・主治医の指示内容) 2.アレルギーと食物アレルギーによるアナフィラキシー症状 何時に、なにを、どのくらい、食べて(触れて等)、どの症状がいつから現れているのか 3.アナフィラキシー症状への対応方法 (エピペン使用有無・処方有無等) 4.意識状態、呼吸状態(脈拍数・呼吸数)
	所管消防署	名称/Tel	
	主治医	医療機関名 医師名 Tel 診察券ナンバー	
	搬送先医療機関	医療機関名 医師名 Tel 診察券ナンバー	

園内線 施設長連絡先	場所	氏名	内線	連絡先
	施設長机			
	職員室			

食物アレルギー症状が出たときの対応

即時型食物アレルギー症状が出た時の対応

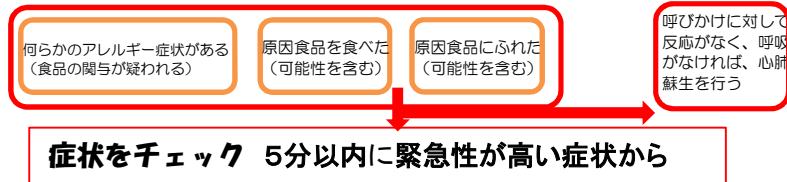
即時型食物アレルギー症状が出た場合は、以下のフローチャートに従い対応してください。ポイントは以下のとおりです。

◆5分以内症状の重さを見きわめ、それに応じた対応をする

*症状は緊急性が高い順(①→②→③)で見ていきます。特に①(緊急性が高いアレルギー症状)を見逃さないようにしてください。

◆少なくとも5分ごとに、繰り返し症状を観察する

*即時型食物アレルギー症状は進行する可能性があり、最初は軽い症状でも「緊急性が高いアレルギー症状」が見られることもまれではありません。症状が改善するまで、少なくとも5分ごとに繰り返し症状を観察してください。



◆迷ったら、エピペンを使用する

◆症状は、急激に変化する可能性がある

◆「緊急性が高いアレルギー症状」が1つでもあてはまる場合は、エピペンを使用する

緊急性が高いアレルギー症状	
全身の症状 <input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 意識もうろう <input type="checkbox"/> 尿や便を漏らす <input type="checkbox"/> 脈が触れにくいまたは不規則 <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い	①
呼吸器の症状 <input type="checkbox"/> のどや胸がしめ付けられる <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 犬が吠えるような咳 <input type="checkbox"/> 息がしにくい <input type="checkbox"/> 持続する強い咳き込み <input type="checkbox"/> せーせーする呼吸	<input type="checkbox"/> 数回の軽い咳 ②
消化器の症状 <input type="checkbox"/> 持続する強い(がまんできない)お腹の痛み <input type="checkbox"/> 繰り返し吐き続ける	<input type="checkbox"/> 中等度のお腹の痛み <input type="checkbox"/> 1~2回のおう吐 <input type="checkbox"/> 1~2回の下痢
目・口・鼻・顔面の症状 上記の症状が1つでも当てはまる場合	<input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ <input type="checkbox"/> まぶたの腫れ
皮膚の症状 上記の症状が1つでも当てはまる場合	<input type="checkbox"/> 強いかゆみ <input type="checkbox"/> 全身に広がるじんま疹 <input type="checkbox"/> 全身が真っ赤
	<input type="checkbox"/> 軽い(がまんできる)お腹の痛み <input type="checkbox"/> 吐き気 ③
	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ、充血 <input type="checkbox"/> 口の中の違和感、唇の腫れ <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、鼻づまり
	<input type="checkbox"/> 軽度のかゆみ <input type="checkbox"/> 数個のじんま疹 <input type="checkbox"/> 部分的な赤み
	1つでも当てはまる場合

◆原因食品に触れて症状があるとき

触れた皮膚を流水で洗い流す

◆眼症状があるとき

目を流水で洗い流す

◆食品が口のなかにあるとき

食べ物を吐き出させる
 ぶくぶくうがいする
 うがいができなければ、口の中を拭く

◆意識の確認

- ・乳児の場合、足の裏を叩いて大声で呼びかける
- ・幼児の場合、肩を叩いて大声で呼びかけ反応を確認する

◆呼吸の確認

- ・10秒以内で、胸とおなかの動きを確認する。
- ・普段どおりの呼吸をしているか確認する。
- ・しゃくりあげるようなときれとぎれの呼吸、肩を大きく使うような呼吸は、努力性の呼吸です。

◆注意事項

- ・かけて、子どもを一人にしない。急変する可能性があるため、かけて目を離さず、症状を絶えず観察する。
- ・基本的には、その場で安静にさせ、観察及び初期対応を行う。
- ・移動させる場合は、複数人で横抱きあるいは担架で運ぶ。背負ったり、縦抱きにしたりしない。

- ①ただちにエピペン®を使用する
- ②救急車を要請する(119番)
- ③その場で安静を保つ
- ④その場で救急隊を待つ
- ⑤可能なら内服薬を飲ませる

ただちに救急車で医療機関へ搬送

- ①内服薬を飲ませ、エピペン®を準備
- ②速やかに医療機関を受診(救急車の要請も考慮)
- ③医療機関に到着するまで少なくとも5分ごとに症状の変化を観察。
 の症状が1つでも当てはまる場合、エピペン®を使用

速やかに医療機関を受診

- ①内服薬を飲ませる
- ②少なくとも1時間は、5分ごとに症状の変化を観察し、症状の改善がみられない場合は医療機関を受診

安静にし注意深く経過観察

安静を保つ体位 ぐったり、意識もうろうの場合 血圧が低下しているおそれがあるためおむけで足を15~30cm高くする	吐き気、おう吐がある場合 おう吐物による窒息を防ぐため、体と顔を横に向ける	呼吸が苦しくおおむけにできない場合 呼吸を楽にするため、上半身を少し起こし後ろに寄りかからせる
--	--	--

◆エピペンを使用しても、反応がなく呼吸がない場合は、心肺蘇生を直ちに行う

◆エピペン使用と同時に、AEDを用意しておく。

佐倉市食物アレルギー与薬依頼書【保護者記載】

【様式7】表

年 月 日記載

クラス名	歳児クラス				ぐみ
子ども ^{フリガナ} 氏名	男・女				
生年月日	年	月	日	歳	
緊急時連絡先	保護者氏名	続柄	電話番号	連絡先名称	
	1				
	2				
	3				
主治医	医療機関名				
	電話番号				
	主治医				
原因食品名					
薬品名	処方日 年 月 日				
与薬のときの注意点					
1.どのようなアレルギー症状がでたときに使用するか、詳しい症状を教えてください。 裏面の【即時型食物アレルギー症状】を参考にしてください。					
2.与薬するときの注意点について、医師の指示の有無及び内容を教えてください。					
注意点：なし・あり 詳細 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 保護者名 印					
* 与薬の際は、必ず保護者に電話で確認させていただきます。					

【記入例】

1.どのようなアレルギー症状がでたときに使用するか、詳しい症状を教えてください。
・卵に触れると口のまわりが赤くなります。首をかきだすと首まわりも赤くなって蕁麻疹が出てきます。
2.与薬するときの注意点について、医師の指示を教えてください。
・注意点は特にはないですが、すぐに飲ませてください。

【即時型食物アレルギー症状】

【様式7】裏

	1つでもあてはまる場合内服	1つでもあてはまる場合内服後EpiPen準備	直ちにエピペンの使用と救急車要請
皮膚 症状	<input type="checkbox"/> 軽度のかゆみ（部位： ） <input type="checkbox"/> 数個のじんましん（部位： ） <input type="checkbox"/> 部分的な発赤（部位： ）	<input type="checkbox"/> 強いかゆみ <input type="checkbox"/> 全身に広がるじんましん <input type="checkbox"/> 全身が真っ赤	
顔周 囲の 症状	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ・充血 <input type="checkbox"/> 口の中の違和感、唇の腫れ <input type="checkbox"/> くしゃみ・鼻水・鼻づまり	<input type="checkbox"/> まぶたの腫れ <input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ	
消化 器 症状	<input type="checkbox"/> 軽い（我慢できる程度の）腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気	<input type="checkbox"/> 我慢できないおなかの痛み <input type="checkbox"/> 1, 2回の嘔吐 <input type="checkbox"/> 1, 2回の下痢	<input type="checkbox"/> 持続する我慢できない腹痛 <input type="checkbox"/> 繰り返しの嘔吐
呼吸 器 症状		<input type="checkbox"/> 数回の軽い咳	<input type="checkbox"/> 喉や胸がしめつけられる <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 息のしずらさ <input type="checkbox"/> 犬が吠えるような咳 <input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸
全身 症状			<input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 意識朦朧 <input type="checkbox"/> 脈が触れにくいまたは不規則 <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い

処方薬管理票（教育・保育施設管理）

受領日時	年 月 日	受領者名	
与薬日時	年 月 日	時 分	
与薬者名			
返却日時	年 月 日	返却者名	

----- 切取線 -----

お薬を与薬しましたので連絡します。

子ども氏名		薬品名	
与薬日時	年 月 日	時 分	
与薬者名			