

アレルギー・アクション・プラン

アレルギーの名称： _____

生徒の

名前： _____ 生年月日： _____

喘息の既往 あり*☐ なし☐ *重症反応の危険性が高い

◆ アレルギー反応の症状 ◆

器官 症状：

- ・口 唇、舌や口の痒みや腫れ
- ・喉* 喉の痒みやしめつけられるような感覚、かすれ、空咳
- ・皮膚 顔や四肢の蕁麻疹、痒みのある発疹または腫れ
- ・消化器 吐き気、急激な腹痛、嘔吐、下痢
- ・肺* 息切れ、繰り返す咳、ゼーゼーした呼吸
- ・心臓* “微弱”な脈拍、気絶する

症状の重さは急激に変化することがあります。*これらの症状は生命に危険を及ぼす可能性があります。

◆ 軽度の反応に対する処置 ◆

1. もしも症状が _____ だけである場合、(薬品名/用量/方法) _____ を与えてください。

そして保健センター ○○○-××××、内線△△△△に電話してください。

10分以内に症状が改善されない場合には次の重症な反応の処置の手順に従ってください。

◆ 重症反応に対する処置 ◆

1. もしも(食物などの)摂取が疑われ、 _____ のような症状が出た場合には、**ただちに** (薬品名/用量/方法) _____ を与えてください！

そして保健センター ○○○-××××、内線△△△△に電話してください。

(裏面)

両親の署名 _____ 日付 _____ 医師の署名 _____ 日付 _____

医師に使用を勧められている場合、常にエピペンを携帯していることは保護者/生徒の責任です。

エピペンの図と使用方法