

瀬戸市保育所食物アレルギー児対応マニュアル

令和7年10月改訂

瀬戸市保育課

瀬戸市保育所食物アレルギー児対応マニュアル

令和7年10月改訂

保育園では、園児の健やかな発育のため保育の一環として給食を提供し、食物アレルギーを持つ園児については、除去食を提供する。保育所給食は、安全な給食を提供することが第一であり、保護者と連携を密にし、職員全員が共通理解、情報を持ち対応できるよう努める。

1 保育所における基本的な対応

●保護者への事前確認

- ・保育所給食でのアレルギー対応について説明し、給食対応が必要な場合は、入園前に「食物アレルギー児給食実施申込書（様式1）」「アレルギー疾患生活管理指導表（様式2）」の提出を受ける。

●保育園での対応（除去食・代替食対応）

- ・卵、そば、ナッツ類については給食では提供しない。ただし、卵とナッツ類（特に落花生）は、制作活動や食育活動に関わるため、アレルギー情報は把握しておく。年度替わりに入所アレルギー児を把握し、入園説明会等で保護者に状況を確認する。家庭でアレルギー管理がされている児については、園の保育活動でも注意を払う。
- ・アレルギー児給食は、一般献立から牛乳・小麦等のアレルゲンを除去する。これらが主食に含まれる場合は代替として白飯を用意するが、主食以外については除去もしくは弁当持参の対応となる。
- ・保護者・園長・担任保育士・調理員等で面談を行う。提出書類「食物アレルギー児給食実施申込書」「アレルギー疾患生活管理指導表」を基に、家庭での対応や子どもの状況などについて聞き取り、対応を協議する。（初回の面談は担当課の管理栄養士も同席。ただし、卵やナッツ類のみ等の軽度な除去対応は除く。）

協議後でないと安全な給食提供ができないため、入所前にアレルギー疾患生活管理指導表が提出されない場合は、給食提供の準備が整うまでの期間は弁当持参とする。

- ・アレルギー症状が起きた際の薬剤等が処方されている場合は、必要に応じて園で預かる。その場合は「緊急時薬等の保管および投薬依頼書（様式3）」の提出を受ける。
- ・保護者に毎日の給食献立表をチェックしてもらい除去食品を確認する。保育園の状況（食事の配慮が必要な児が多い、加工品に混入していて除去不可能等）により対応できない場合は弁当持参になることを説明する。
- ・給食対応開始後も、保護者に毎月献立表をチェックしてもらい、原則、毎月面談を行う。
- ・保護者とは常に情報交換を行い、園児の状況を把握しておく。またアレルゲンが変更になる場合は、その都度アレルギー疾患生活管理指導表の提出を受ける。
- ・症状が現れた場合に備えて対応できるように協議しておく。
- ・除去食解除の場合は、必ず家庭で数回試してもらった後「食物アレルギー児給食解除申込書（様式4）」の提出を受ける。
- ・継続してアレルギー対応が必要な場合は、1年ごとに「アレルギー疾患生活管理指導表（様式2）」の提出を受ける。この場合、園児の年齢が上がれば病状が改善されることもあるので、除去食品の再確認をする。

●職員への周知

- ・「アレルギー疾患生活管理指導表（様式2）」に基づいて、保護者・園長・担任保育士・調理員と連携を密にし、全職員がアレルギー児給食について理解しておく。年度途中で対応に変更があった場合も職員会議等で全職員に周知する。

2 保育園での具体的な対応について

(1) 調理員の対応

- 出欠確認・・・毎朝、食物アレルギー児の出欠を確認する。
- 打合せ
 - ・毎朝、献立、アレルギー対応食について複数で作業工程を確認する。
 - ・加工食品、市販のおやつについては、使用前に原材料を確認しておく。
- 調理・盛付け作業
 - ・調理作業は他の園児と別工程で行う。
→間違いのもとになるため、取り除き等を行わない。
 - ・食器は食物アレルギー児専用のものを使用する。（イエローライン）
 - ・盛り付けは一番はじめに行い、すぐに検食（**アレルギー除去の確認も含む**）を行う。
→他の園児の盛り付けはアレルギー児給食を準備し終えてから行う。
→給食だけでなく、おやつ（市販のおやつ含む）の検食も必ず行う。
 - ・名前とアレルギー名、クラス名を書いた専用個別トレイ（個々で色を変える）で配膳する。
 - ・必要に応じてラップ等でふたをし、混入のないようにする。
- 配膳棚に出す前に、複数の調理員でアレルギー対応に間違いがないか確認する。

(2) 給食受渡し時の確認

- 給食受渡し時は、調理員と受け取る保育士の両方で、除去内容について声出し確認をする。

例) 保育士「〇〇組、〇〇アレルギーの〇〇さんの給食を取りに来ました。」

調理員「〇〇さんは、〇〇（献立名）は〇〇除去です。〇〇（献立名）は除去なしです。」

保育士「〇〇（献立名）は〇〇除去、〇〇は除去なしですね。」

両者、献立表を見ながら確認する。市販のお菓子を提供する際は、原材料表示を見ながら確認する。

(3) 保育士の対応

- 出欠確認
 - ・毎朝、食物アレルギー児の出欠を確認し、フルネーム、クラスを給食室に報告する。
 - ・体調等に変化のある場合は、給食室に報告する。
- クラス内での対応
 - ・対応は、複数で声かけをしながら行う。
 - ・アレルギー児給食は、誤配膳を防ぐため、通常食より先にトレイの名前と園児をよく確認してテーブルに置く。トレイごと提供し、他の園児と混在しないようにする。
 - ・アレルギー児は、アレルギー児専用テーブルを使用し、座席を一定にし、保育士が隣の席と一緒に喫食することで、アレルギー児が他の園児の給食に手をのばしたりすることの無いよう注意する。ただし、専用テーブルの使用や保育士の配置は、献立内容や年齢等状況に応じて柔軟に判断する。

- ・担任保育士が不在の場合でも対応できるよう、職員全員がアレルギー児・アレルゲンについて把握しておく。

●喫食状況確認

- ・喫食状況、健康状態を確認する。体調に変化があればすぐに園長、給食室に報告する。

3 その他の注意事項

重篤な症状のアレルギー児の場合、微量のアレルゲンでも体に付着することは危険なため、食事以外の保育中、制作活動などにも注意を払う。行事等で喫食する場合は、園長、保育士、調理員で連携し、食材等の確認を行う。

- ・行事 豆まきは、アレルギーだけでなく誤飲の危険があるため実施しない。
- ・制作活動 牛乳パック、卵パックを用いた活動、小麦粉粘土などに注意する。
- ・食育活動 落花生の栽培は、花粉もアレルゲンとなり得るため注意する。

4 アレルギー症状発生時の対応について

(1) 緊急時の備え（保護者と確認しておくこと）

園児に食物アレルギーの誘発症状が現れた場合、迅速で適切な対応が求められる。アレルギー緊急時対応マニュアルをよく理解しておく。

a) 個別対応マニュアルの作成

アレルギー疾患生活管理指導表のアレルギー、薬剤、エピペンの情報や、保護者・医療機関の連絡先を確認し、緊急時の搬送先について、保護者と共通理解をしておく。

作成した個別対応マニュアルは園で保管し、保護者にもコピーを渡しておく。

b) 緊急時薬・エピペンの保管

園で薬剤を保管する場合は、保護者から緊急時薬等の保管および投薬依頼書（様式3）の提出を受け、管理する。職員は保管方法・場所を理解し、全ての職員が物品の準備ができる状態にしておく。

内服薬やエピペンは忘れを防ぐため、家庭と保育園の2か所分の処方を受けてもらう。

(2) 「アレルギー緊急時対応マニュアル（アレルギーアクションカード）」を用いたロールプレイの実施

アレルギーアクションカード（P15～P32）を用いて日頃から訓練をし備えておく。職員の役割分担もあらかじめ想定しておく。症状が強い場合は、管理職（園長・園長代理）を含む4人以上の職員で対応する。

a) 症状の認知

漠然とした「気持ち悪い」「息苦しい」「のどが変」などの表現が症状の始まりであることも多い。強いアレルギー症状が誘発される場合でもすべての症状が初めから揃っていることはないため、少しでも普段と違う様子が見られたら児を気にかけて観察する。緊急時個別対応マニュアル（様式6）で症状を確認して、状態を把握する。

b) 場所の確保

アレルギー症状を確認したら、発見者は適切な場所を確保し、児を安静にして園長に報告する。児から目を離さないよう、状況によっては大声で呼び園長に知らせるか、他の園児に依頼する。強いアレルギー症状が既に出現している場合は、移動させずその場で緊急対応を行う。

c) 人の確保、役割分担

症状が悪化した場合に備え、管理職（園長・園長代理）を含む4人以上の職員を集める。

役割は、観察役、リーダー、連絡役、準備役、記録役の5つ。

リーダーは、管理職（園長・園長代理）が担う。職員5人で対応可能な場合はリーダーのみを担うが、4人での対応になる場合はリーダーが連絡役を兼ねる。その他、職員が確保できない場合や園長・園長代理が不在の場合も想定しておく。

| 役割 | 職員 | |
|------|--------------|---|
| リーダー | 管理職（園長・園長代理） | アクションカードを配布し役割を指示する 処置の必要性を判断 保護者に状況説明 救急隊員への状況説明 救急搬送時の付添者の決定 課への連絡 |
| 観察役 | 発見者（主に担任保育士） | 症状の観察 緊急性の判断 助けを呼ぶ（園長に報告） エピペンの使用または介助 薬の内服確認 心肺蘇生・AEDの使用または介助 |
| 連絡役 | その他の職員 | 人を集める 救急車を要請 保護者に連絡・状況説明 課への連絡 他の子の対応およびその指示 |
| 準備役 | その他の職員 | 物品の準備 （緊急時個別対応マニュアル、アクションカード、エピペン、緊急時薬、飲用水、AED、その他必要物品） エピペンの使用または介助 心肺蘇生・AEDの使用または介助 救急車到着時の誘導 各役割の補助 |
| 記録役 | その他の職員 | 記録 （経緯、観察を開始した時刻、症状、時系列での処置内容、エピペン使用時刻、内服薬を飲んだ時刻、AED使用時刻など。 5分おきに記録） 各役割の補助 |

(3) アレルギー症状発症時の対応

園児にアレルギー症状が現れたら、(2) アレルギーアクションカードを用いたロールプレイの手順どおりに園長に報告し、場所・人を確保する。アクションカードに書かれた役割をそれぞれが担う。

a) 園児の状態の確認、緊急性の判断

園児をよく観察し、緊急時個別対応マニュアル(様式6)を用いて「緊急性が高いアレルギー症状」に該当するかどうかを確認する。グレード3(赤色)、グレード2(黄色)、グレード1(青色)の順に症状を確認する。

b) 緊急性が高い場合、エピペン注射・救急車要請

- ・グレード3の症状に1つでも該当する場合は、エピペンが処方されている園児であれば直ちにエピペンを打つ。エピペンの使用はリーダーが判断する。注射は観察役の役割としているが、エピペンは誰が打っても良いため、他者でも良い。“迷ったら打つ”姿勢で対応する。
- ・エピペンの効果持続時間は15～20分。使用した場合は、同時に救急車を要請する(119番通報)。救急隊員の誘導に従い、慌てずに正確な情報を伝える。救急隊員がすぐに到着できるよう、入口等の誘導場所は事前に確認しておく。
- ・エピペンがない場合は、可能な限り緊急時薬の服用を行い、救急車を要請する。
- ・エピペン使用の有無に関わらず、救急車到着の待機中は頭を低くして仰向けで寝かせ、下肢を15～30cm挙上した「ショック体位」をとる。立ち上がった歩いたりすると血圧が低下して意識消失に陥る危険があるため避ける。

c) 心肺蘇生・AEDの使用・救急車要請

足の裏や肩を叩いて大声で呼びかけても反応がなければ、呼吸を確認する。10秒以内で胸とお腹の動きを見て、普段通りの呼吸をしていない場合は、救急車要請と、胸骨圧迫やAEDを用いた心肺蘇生を行う。

d) 症状・対応の記録

アレルギー症状の発現で園児の状態観察を開始したら、5分おきに状態や対応の記録を残す。

記録データは、救急車要請時に必要となる。また、後に発生状況を振り返る際にも有益な情報となる。

(4) 誤食後、無症状の場合

誤ってアレルギーを含む食材を食べてしまった場合、発見者は園長に報告し、園長は速やかに保護者に連絡する。無症状であれば、緊急時薬の服用は不要。ただし、過去に急速に症状が進展した既往がある場合やアレルギー疾患生活管理指導表に、誤食時に症状がなくても緊急時薬を服用と記載されている場合は、保護者から依頼があれば緊急時薬を服用させる。特に依頼がない場合も注意深く様子を観察し、もし症状が出た時は緊急時個別対応マニュアル(様式6)に沿って対応する。そのまま症状が出なければ、降園時に保護者に喫食時の状況や経過を詳しく伝え、降園後に家で症状が出た時は保育園に連絡をもらう。

(5) 事故報告

事故が発生した時点で保育課にも電話で連絡する。終息後、事故の経過および対応について事故報告書(様式5)を作成し、保育課へ提出する。報告の内容は、園長会議で各園に周知し、再発防止に努める。

5 様式について

●食物アレルギー児給食実施申込書（様式1）

保育所入所決定後、保育園長あてに提出を受ける。

また、入園後新規に食物アレルギー児給食が必要になった際にも提出を受ける。

●アレルギー疾患生活管理指導表（様式2） ※主治医等の医師に記入してもらうもの。

経過観察として1年ごとに提出を受ける。

その際、血液検査のみで判断することはできないため、アレルギー検査のデータ等の提出は不要。

●緊急時薬等の保管および投薬依頼書（様式3）

内服薬やエピペンの保管を依頼する場合、上記のアレルギー疾患生活管理指導表と合わせて提出を受ける。在園中、使用期限が切れるごとに新たに提出を受ける。

●食物アレルギー児給食解除申込書（様式4）

必ず家庭で複数回試してから提出を受ける。

●事故報告書（様式5）

事故の発生状況、経過、対応について、保育課へ提出する。

●緊急時個別対応マニュアル（様式6）

内服薬やエピペンを依頼された場合、アレルギー疾患生活管理指導表に従い保護者と作成する。

●アレルギー緊急時対応マニュアル（様式7-1～7-18）

事務室やアレルギー児所属クラス等に保管し、緊急時に備える。

保育所での食物アレルギー児給食対応の基本的手順

保護者からの申し出

「食物アレルギー児給食実施申込書」「アレルギー疾患生活管理指導表」を提出してもらう。



① 面談（保護者、園長、担任保育士、調理員等）

- ・給食対応について説明する。
- ・提出書類に沿って、発症の有無等のアレルギー状況、家庭での対応を聞き取る。
- ・保護者にあらかじめ1か月分の給食献立表の除去食品をチェックしてもらい、除去内容を確認する。また、献立内容により対応できない部分は、弁当持参となることを伝える。
- ・緊急時薬等が処方されている場合は「緊急時個別対応マニュアル」を保護者と作成し、「緊急時薬等の保管および投薬依頼書」を提出してもらう。



② 給食献立表は、保護者が確認した献立表を基に原則面談（保護者、園長、担任保育士、調理員）を毎月実施する。



③アレルギー児給食について、職員会議等で全職員に周知徹底する。

調理員側

保育士側

⑤保育士よりアレルギー児の出欠の報告を受け確認する。

⑥アレルギー児給食について献立を確認し、作業の打ち合わせをする。

⑦食品の確認をしながら作業、盛付を行い、複数の調理員で確認し、検食の準備をする。

⑨検食者の検食が終わってから、アレルギー児給食の盛付けを行い、専用個別トレイにのせ、配膳棚に置く。

④アレルギー児の出欠を確認し、給食室に報告する。

⑧園長等の検食者がアレルギーとなる食品が除去されているかを必ず確認して、検食する。

⑩配膳担当保育士は給食室の配膳棚から受け取る際に調理員とアレルギー食について確認する。

⑪保育室では、複数でアレルギー児給食を確認し、声掛けをしながら配膳する。

⑫喫食状況を把握する。
健康状態を確認する。

保護者 様

食物アレルギー児給食の対応について

保育園ではお子さんの健やかな発育を願って、保育の一環として給食を提供しています。食物アレルギーについては、卵、そば、ナッツ類は提供しません。牛乳・小麦等のアレルゲンは除去を行いますが、保育園により対応範囲が異なります。

アレルギー疾患生活管理指導表をもとに対応を検討しますので、ご理解とご協力をお願いします。

保育所のアレルギー児給食実施までの流れ

書類提出

- 食物アレルギー児給食実施申込書（入所時）
- アレルギー疾患生活管理指導表
医師の指示のもとに進めるため、1年ごとに提出してください。
（血液検査については必須ではありません）
- 緊急時薬等の保管および投薬依頼書（処方を受けている場合）

面談（保護者、園長、担任保育士、調理員等）

- 提出書類について聞き取りを行います。発症時の様子や家庭での対応等を確認します。
- 緊急時薬等が処方されている場合は「緊急時個別対応マニュアル」を作成します。
- 毎月、献立表の除去食品を確認していただきます。
 - ・原則、面談を毎月実施します。
 - ・献立内容により、対応できない部分についてはお弁当をご持参いただく場合があります。

給食実施

- アレルギー疾患生活管理指導表、献立表のチェックを基に、給食対応を決定します。
- 年度途中でも食物アレルギーの改善や除去食品の変更があればその都度、アレルギー疾患生活管理指導表の提出が必要となります。
- 解除の場合は、必ず家庭で複数回試して症状が誘発されないことを確認してから「食物アレルギー児給食解除申込書」を提出していただきます。

食物アレルギー児給食実施申込書

令和 年 月 日

(宛先) 瀬戸市長

下記により、食物アレルギー児給食を申し込みます。

なお、保護者の責任において毎月の献立表に目を通し、除去が必要な食材を確認した上で保育園へ提出します。

また、実施に際し経過観察のため、1年ごとにアレルギー疾患生活管理指導表を提出します。

住 所

保護者名

| | |
|-----------------------|--|
| フリガナ 氏 名 生年月日 | 男・女 令和 年 月 日生 (満 才) |
| 保育園(所)名 | 保育園 |
| 通院先 | (担当医師 電話 - -) |
| 通院状況 | か月に 回 |
| アレルゲン | |
| アナフィラキシーショック 経験の有無 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (回数: 回 最後の発症: 年 月 原因:) |
| 発症時の症状・原因食品 | 症状 <input type="checkbox"/> 皮膚症状 () <input type="checkbox"/> 消化器症状 () <input type="checkbox"/> 呼吸器症状 () <input type="checkbox"/> 全身症状 () <input type="checkbox"/> 特に症状なし(診断理由:) 原因食品() |
| アレルギーの度合い | <input type="checkbox"/> 接触可 <input type="checkbox"/> 接触不可 |
| 家庭で制限している アレルゲン食品 | <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div> |

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）【未就学児用・乳幼児用】

名前 _____ 男・女 生年月日 _____ 年 月 日生（ 歳 ヶ月） 園名 _____ 提出日 _____ 年 月 日 組 _____ 保育園・幼稚園

この生活管理指導表は保育所の生活において特別な配慮や管理が必要となった場合に限り作成するものです。 ※年度ごとに更新

| 病型・治療 | | 保育所での生活上の留意点 | | 【緊急連絡先】 |
|---|--|--|--|---|
| <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載）</p> <p>1 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎</p> <p>2 即時型</p> <p>3 その他（新生児・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：_____）</p> | | <p>A. 給食・離乳食</p> <p>1 管理不要</p> <p>2 管理必要</p> | | <p>★保護者 電話： _____</p> |
| <p>B. アナフィラキシー病型（アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載）</p> <p>1 食物（原因： _____）</p> <p>2 その他（医薬品・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・チカミルキター・昆虫・動物のフケや毛 _____）</p> | | <p>B. アレルギー用調整粉乳</p> <p>1 不要</p> <p>2 必要 下記該当ミルクに○、又は（ ）内に記入 ミルフィーユ・ニューMA-1・MA-mi ベネデアエクト・エレメンタルフォーミュラ その他（ _____ ）</p> | | <p>★連絡先医療機関 医療機関名： _____</p> |
| <p>C. 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ※内除去根拠を記載</p> <p>1 鶏卵 《 》</p> <p>2 牛乳・乳製品 《 》</p> <p>3 小麦 《 》</p> <p>4 ソバ 《 》</p> <p>5 ビーナッツ 《 》</p> <p>6 大豆 《 》</p> <p>7 ギョー 《 》</p> <p>8 ナッツ類* 《 》</p> <p>9 甲殻類* 《 》</p> <p>10 軟体類・貝類* 《 》</p> <p>11 魚卵* 《 》</p> <p>12 魚類* 《 》</p> <p>13 肉類* 《 》</p> <p>14 果物類* 《 》</p> <p>15 その他（ _____ ）</p> | | <p>C. 除去食品においてより厳しい除去が必要なものの病型・治療欄で除去の際に、より厳しい除去が必要となるものに○をつける（本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した料理については、給食対応が困難となる場合があります）</p> <p>1 鶏卵： 卵殻カルシウム</p> <p>2 牛乳・乳製品： 乳糖</p> <p>3 小麦： 醤油・酢・麦茶</p> <p>6 大豆： 大豆油・醤油・味噌</p> <p>7 ギョー： ギョー油</p> <p>12 魚類： かつおだし・いりこだし</p> <p>13 肉類： エキス</p> | | <p>記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>医師名 _____</p> <p>医師名 _____</p> <p>印 _____</p> |
| <p>D. 緊急時に備えた処方薬</p> <p>1 内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬）</p> <p>2 アトレナリン自己注射薬「エピペン®0.15mg」</p> <p>3 その他（ _____ ）</p> | | <p>D. 食物・食材を扱う活動</p> <p>1 管理不要</p> <p>2 原因食材を教材とする活動の制限（ _____ ）</p> <p>3 調理活動時の制限（ _____ ）</p> <p>4 その他（ _____ ）</p> | | <p>医療機関名 _____</p> |
| <p>【*類は（ ）の中の該当する項目に○をするか具体的に記載すること】</p> | | <p>E. 特記事項 （その他に特別な配慮が必要な事項がある場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定）</p> | | <p>医療機関名 _____</p> |

食物アレルギー用

緊急時薬等の保管および投薬依頼書

(宛先) 保育園 園長

園児名 男・女(組)

保護者名

連絡先

本児は以下の食物アレルギーを含む食品を食べたり、接触した場合にアレルギー症状(アナフィラキシーショック等)が出現する可能性があるとして医師に診断されています。

つきましては、以下の薬等が処方(指示)されていますので、保育園にて保管いただき、緊急時には投薬(使用)して下さるようお願いいたします。

| | | | | | |
|---------|------|---|----------|----------|------------|
| 主治医 | | 医師名: | | | |
| | | 医療機関名: 連絡先(- -) | | | |
| アレルギー食品 | | 鶏卵・牛乳・小麦・ナッツ類()・その他() | | | |
| 薬等について | 種類 | 抗ヒスタミン薬 | ステロイド | 気管支拡張薬 | アドレナリン自己注射 |
| | 名称 | | | | エピペン |
| | 使用期限 | 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 |
| | | ※複数の薬をお預かりする場合、1つでも薬の使用期限が切れた時は、再度すべての薬について依頼書に記入し、提出をお願いします。 | | | |

<注意事項>

- ・必ず薬剤情報提供書(コピー可)を添付してください。
- ・薬は1回の服用分に分け、容器や袋には必ず園児名を記載してください。
- ・使用期限までは保育園で継続して保管しますので、エピペンは自宅用以外に保育園保管用もご用意ください。
- ・緊急時とは何らかのアレルギー症状がある(食べ物の関与が疑われる)、原因食品を食べた(可能性含む)、原因食品に触れた(可能性含む)場合などです。

<投薬(使用)の際の緊急連絡先>

第1連絡先(続柄) TEL: 自宅・携帯・職場

第2連絡先(続柄) TEL: 自宅・携帯・職場

食物アレルギー児給食解除申込書

令和 年 月 日

(宛先) 保育園 園長

本児は、アレルギー疾患生活管理指導表で「未摂取」のため除去していた下記の食品に関して、医師の指導の下、これまでに複数回食べて症状が誘発されていないので、保育園における完全解除をお願いします。

本児は、アレルギー疾患生活管理指導表で「未摂取」以外を理由に除去していた下記の食品に関して、医師の指導の下、これまでに複数回食べて症状が誘発されていないので、保育園における完全解除をお願いします。

住 所

保 護 者 名

(注) 自署でない場合は記名押印してください

記

| | |
|-----------------------|--|
| 保 育 園 名 | 保 育 園 |
| 園 児 氏 名 (生年月日) | 令和 年 月 日生 (満 才) |
| 食 品 名 | |

様式 5

令和 年 月 日

(宛先)保育課長

瀬戸市
園長

保育園

事故報告書

当保育園で発生した食物アレルギーに関する事故について、下記のとおり報告いたします。

| | |
|-------|---------------------------|
| 事故内容 | |
| 発生日時 | 令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分 |
| 発生場所 | |
| 発生状況 | |
| 経過と対応 | |

保育課

| 係 | 管理栄養士 | 係長 | 課長補佐 | 指導保育士 | 課長 |
|---|-------|----|------|-------|----|
| | | | | | |

緊急時個別対応マニュアル

組 氏名 令和 年 月 日生 アレルゲン食品

| 分類 | 薬剤名 | 投薬のタイミング(症状チェックシートにも記入) | 保管場所 | |
|---------|---------|-------------------------|------|-----|
| 抗ヒスタミン薬 | | じんましん、かゆみ、紅斑、他 () | | |
| ステロイド薬 | | 症状が続く時、他 () | | |
| 気管支拡張薬 | | 咳、ゼイゼイ、息苦しさ、他 () | | |
| エピペン | あり ・ なし | | | |
| 連絡先 | 保護者 | TEL | 氏名 | 続柄 |
| | | TEL | 氏名 | 続柄 |
| | 医療機関 | TEL | 病院名 | 担当医 |

特記事項

症状チェックシート 5分ごとに症状チェック ※ グレード3→2→の順に

| | | | |
|--------------------|---|---|--|
| 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、又は不規則 <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い (時 分) | | |
| 呼吸器の症状 | <input type="checkbox"/> のどや胸が絞め付けられる <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 犬がほえるような咳 <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"/> ゼーゼーする呼吸 (時 分) | <input type="checkbox"/> 数回の軽い咳 (時 分) | |
| 消化器の症状 | <input type="checkbox"/> 持続する強い(我慢できない)お腹の痛み <input type="checkbox"/> 繰り返し吐き続ける (時 分) | <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 (時 分) | <input type="checkbox"/> 軽いお腹の痛み(我慢できる) <input type="checkbox"/> 吐き気 (時 分) |
| 目・口・鼻・顔面の症状 | 上記の症状が 1つでもあてはまる場合 | <input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ <input type="checkbox"/> まぶたの腫れ (時 分) | <input type="checkbox"/> 目のかゆみ <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 (時 分) |
| 皮膚の症状 | | <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 (時 分) | <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 (時 分) |
| | 1つでもあてはまる場合 | 1つでもあてはまる場合 | 1つでもあてはまる場合 |
| | ①ただちにエピペンを使用 (緊急薬使用でも問題ない) ②救急車要請(119番) (その場で安静を保つ) ③ショック体位 (その場で安静を保つ) ④心肺停止? →蘇生開始 | ①事務室へ移動する 動けない場合は、横抱きで移動させるか、現場で寝かせる ②緊急時薬使用 ③エピペン準備 ④速やかに医療機関へ受診 (救急車考慮) ⑤医療機関に到着するまで 5分ごとに症状の変化を観察 | ①事務室へ連れていく ②緊急時薬使用 ③保護者に連絡 ④1時間は5分ごとに経過観察を行い、症状の改善がみられない場合は医療機関受診 |
| | グレード3 | グレード2 | グレード1 |

アレルギー緊急時対応マニュアル

対応の流れと役割分担

よくある訴え

- 「気持ち悪い」
- 「のどがへん」
- 「お腹が痛い」
- 「息が苦しい」
- 「かゆい」

子どもに異変？

発見者（観察役）

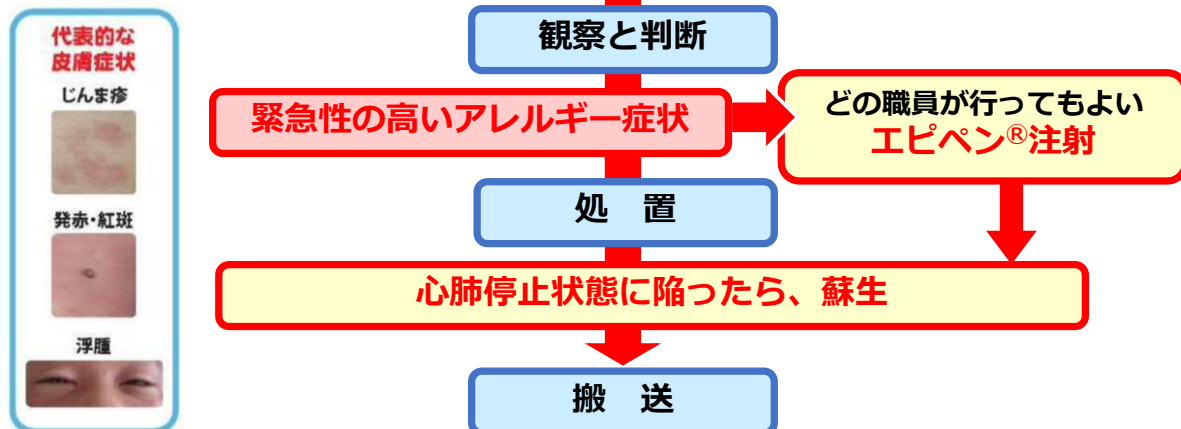
- 症状の観察
- 緊急性の判断
- 助けを呼ぶ（園長に報告）

- ・アレルギーの可能性をまず考える
- ・原因・責任自及よりまず行動！

子どもから目を離さない！

- ・症状が強ければ
その場で対応する決断を
- ・**自力歩行**できなければ
その場で対応 転倒注意
(体位の大きな変化は
ショックを引き起こすことがある。)

本人の状態確認、緊急時薬や連絡先は、「緊急時個別対応マニュアル」参照



出典 名古屋市教育委員会「食物アレルギー対応の手引き《改訂版》」から一部改変

アクションカード設置場所
事務室・各保育室・遊戯室

愛知県瀬戸保健所管内保育所栄養士会

令和6年3月作成

発見者（観察役）

子どもから目を離さず症状を観察

- 自力歩行できなければその場で対応
(体位の大きな変化はショックを引き起こすことがある)
- 症状が強ければ、その場で対応する決断を
- 子どもに声をかけ続ける

緊急性の判断

→緊急時個別対応マニュアルで確認

助けを呼ぶ（園長に報告）

エピペン[®]の使用または介助

薬の内服確認

心肺蘇生・AEDの使用または介助

★呼びかけに反応がなく呼吸がなければ心肺蘇生

胸骨圧迫30回と人工呼吸2回を絶え間なく行う

★次のひとつでもあればエピペン®を使用する

| | | |
|--------|---------------------------------------|---|
| 消化器の症状 | ・繰り返し吐き続ける | ・持続する強い（がまんできない）おなかの痛み |
| 呼吸器の症状 | ・のどや胸が締め付けられる ・持続する強い咳込み | ・声がかすれる ・ゼーゼーする呼吸 ・犬が吠えるような咳 ・息がしにくい |
| 全身の症状 | ・唇や爪が青白い ・意識がもうろうとしている ・尿や便を漏らす | ・脈が触れにくい・不規則 ・ぐったりしている |

★症状から対応を確認する

（日本小児アレルギー学会）

5分ごとに症状チェック ※グレード3→2→1の順に

| | | | |
|-------------|--|--|---|
| 全身の症状 | <input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 意識がもうろう <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 | | |
| 呼吸器の症状 | <input type="checkbox"/> のどや胸が締め付けられる <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"/> 持続する強い咳込み <input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸 | <input type="checkbox"/> 数回の軽い咳 | |
| 消化器の症状 | <input type="checkbox"/> 持続する強い（がまんできない）おなかの痛み <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回の嘔吐 <input type="checkbox"/> 1～2回の下痢 | <input type="checkbox"/> 軽いお腹の痛み（がまんできる） <input type="checkbox"/> 吐き気 |
| 目・口・鼻・顔面の症状 | 上記の症状が1つでもあてはまる場合 | <input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ <input type="checkbox"/> まぶたの腫れ | <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、鼻つまり |
| 皮膚の症状 | | <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つでもあてはまる場合 | 1つでもあてはまる場合 |

- ①ただちにエピペン®使用（緊急時薬使用後でも問題ない）
 ②救急車要請（119番）（その場で安静を保つ）
 ③ショック体位（その場で安静を保つ）
 ④心肺停止？→蘇生開始

- ①事務室へ移動する（動けない場合は、横抱きで移動させるか、現場で寝かせる）
 ②緊急時薬使用
 ③エピペン®準備
 ④速やかに医療機関へ受診（救急車考慮）
 ④医療機関に到着するまで5分ごとに症状の変化を観察

- ①事務室へ連れていく
 ②緊急時薬使用
 ③保護者に連絡
 ④1時間は5分ごとに経過観察を行い、症状の改善が見られない場合は医療機関受診

グレード3

グレード2

グレード1

連絡役

- 人を集める
- 救急車を要請
- 保護者に連絡・状況説明
- 保育課への連絡
- 他の子の対応及びその指示

救急要請（119番通報）のポイント

◆あわてず、ゆっくり、正確に情報を伝える



① 救急であることを伝える

119番
火事ですか？
救急ですか？

救急です。

② 救急車に来てほしい住所を伝える

住所はどこですか？

瀬戸市〇町〇番地
の〇〇保育園です。

住所、施設名をあらかじめ記載しておく

③ 「いつ、だれが、どうして、現在どのような状態なのか」をわかる範囲で伝える

どうしましたか？

エピペン®を
〇時〇分に
打ちました。

5歳の男児が
給食を食べた後、
呼吸が苦しいと
言っています。

※ エピペン®の処方やエピペン®の使用の有無を伝える

※ 食物アレルギー既往の有無を伝える

④ 通報している人の氏名と連絡先を伝える

あなたの名前と連絡先を教えてください。

私の名前は
〇〇〇〇です。
携帯番号は……

119番通報後も連絡可能な電話番号を伝える

※向かっている救急隊から、その後の状態確認等のため電話がかかってくることもある

- ・通報時に伝えた連絡先の電話は、常につながるようにしておく
- ・その際、救急隊が到着するまでの応急手当の方法などを必要に応じて聞く

出典 東京都「食物アレルギー緊急時対応マニュアル」から一部改変

リーダー (園長・園長代理)

人が足りなければ連絡役も担う

- アクションカードを配布して役割を指示する
- 処置の必要性を判断
- 保護者に状況説明
- 救急隊員への状況説明
- 緊急搬送時の付添者の決定
- 保育課への連絡

【救急搬送時（医療機関受診時）に持って行くもの】

- 緊急時個別対応マニュアル
- 記録用紙（可能ならコピー）
- 使用後のエピペン
- 献立表（給食喫食後の場合）
- 携帯電話

**★呼びかけに反応がなく呼吸がなければ心肺蘇生
胸骨圧迫30回と人工呼吸2回を絶え間なく行う**

★次のひとつでもあればエピペン®を使用する

| | | |
|--------|---------------------------------------|---|
| 消化器の症状 | ・繰り返し吐き続ける | ・持続する強い（がまんできない）おなかの痛み |
| 呼吸器の症状 | ・のどや胸が締め付けられる ・持続する強い咳込み | ・声がかすれる ・犬が吠えるような咳 ・ゼーゼーする呼吸 ・息がしにくい |
| 全身の症状 | ・唇や爪が青白い ・意識がもうろうとしている ・尿や便を漏らす | ・脈を触れにくい・不規則 ・ぐったりしている |

（日本小児アレルギー学会）

★症状から対応を確認する

5分ごとに症状チェック ※グレード3→2→1の順に

| | | | |
|-------------|--|--|---|
| 全身の症状 | <input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 意識がもうろう <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 | | |
| 呼吸器の症状 | <input type="checkbox"/> のどや胸が締め付けられる <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"/> 持続する強い咳込み <input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸 | <input type="checkbox"/> 数回の軽い咳 | |
| 消化器の症状 | <input type="checkbox"/> 持続する強い（がまんできない）おなかの痛み <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回の嘔吐 <input type="checkbox"/> 1～2回の下痢 | <input type="checkbox"/> 軽いお腹の痛み（がまんできる） <input type="checkbox"/> 吐き気 |
| 目・口・鼻・顔面の症状 | 上記の症状が1つでもあてはまる場合 | <input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ <input type="checkbox"/> まぶたの腫れ | <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 |
| 皮膚の症状 | | <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つでもあてはまる場合 | 1つでもあてはまる場合 |
| | ①ただちにエピペン®使用（緊急時薬使用後でも問題ない） ②救急車要請（119番）（その場で安静を保つ） ③ショック体位（その場で安静を保つ） ④心肺停止？→蘇生開始 | ①事務室へ移動する 動けない場合は、横抱きで移動させるか、現場で寝かせる ②緊急時薬使用 ③エピペン®準備 ④速やかに医療機関へ受診（救急車考慮） ④医療機関に到着するまで5分ごとに症状の変化を観察 | ①事務室へ連れていく ②緊急時薬使用 ③保護者に連絡 ④1時間は5分ごとに経過観察を行い、症状の改善が見られない場合は医療機関受診 |
| | グレード3 | グレード2 | グレード1 |

準備役

- 緊急時個別対応マニュアル
- アクションカード
- エピペン[®]
- 緊急時薬・薬を飲む水
- A E D
- その他の必要物品 嘔吐セット（コップ・洗面器・濡れタオル）等
- エピペン[®]の使用または介助
- 心肺蘇生・AEDの使用または介助
- 救急車到着時の誘導
- 各役割の補助

緊急時個別対応マニュアルの保管場所

アクションカードの保管場所

緊急時薬・エピペン[®]の保管場所

AEDの保管場所

エピペン®の使い方

◆それぞれの動作を声に出し、確認しながら行う

① ケースから取り出す



ケースのカバーキャップを
開けエピペンを取り出す

② しっかり握る



オレンジ色のニードルカバー
を下に向け、利き手で持つ
“グー”で握る！

③ 安全キャップを外す



青い安全キャップを外す

④ 太ももに注射する



太ももの外側にエピペン®の先端
(オレンジ色の部分)を軽くあて
“カチッ”と音がするまで
強く押しあてそのまま5つ数える
注射した後すぐに抜かない！
押しつけたまま5つ数える！

⑤ 確認する



使用前 使用後

エピペン®を太ももから離し
オレンジ色のニードルカバー
が伸びているか確認する
伸びていない場合は
「④に戻る」

⑥ マッサージする



打った部位を10秒間、
マッサージする

介助者がいる場合



介助者は子どもの太ももの
付け根と膝をしっかり抑え、
動かないように固定する

注射する部位

- ・衣類の上から、
打つことができる
- ・太ももの付け根と膝の
中央部で、かつ真ん中(A)
よりやや外側に注射する

あおむけの場合



座位の場合



**エピペン®を打った後は緊急搬送（救急車で搬送）
使用後のエピペンは救急隊員に渡す。**

出典：環境再生保全機構ERCA（エルカ）
「ぜん息予防のためのよく分かる食物アレルギー対応ガイドブック2021改訂版」を編集して作成

※記録用紙にペンをセット

記録役

※記録用紙は裏面にあります

- 以下の項目を記録
 - 経緯（発見者に聞き取り）
 - 観察を開始した時刻
 - 症状（5分ごとに記録）
 - 時系列での処置内容
 - エピペン[®]使用時刻
 - 内服薬を飲んだ時刻
 - AED使用時刻
- 各役割の補助

記録用紙 (1)

医療機関、救急隊に対し、
 ・いつから
 ・どんな症状が現れて
 ・どんな処置を行ったかを
 伝達できるよう5分ごとに
 記録します。

経緯 (発見者に聞き取り)

| | |
|------------------|-----------------------|
| 誤食時間 | 月 日 時 分 誤食 |
| 食べた物 | |
| 食べた量 | |
| 最初に気づいた 症状・時刻 | (例) 12:10 顔と上半身にじんましん |
| その他 | |

症状 (5分ごとに記録)

| | |
|--------|-------------|
| 観察開始時刻 | 時 分 から 観察開始 |
|--------|-------------|

| 時間 | 症状 | 対応 (何をした) | だれが |
|----|----|--------------|---------|
| : | | 子ども・保護者 への対応 | 園長・園長代理 |
| : | | 子ども・保護者 への対応 | 園長・園長代理 |
| : | | 子ども・保護者 への対応 | 園長・園長代理 |
| : | | 子ども・保護者 への対応 | 園長・園長代理 |

記録用紙（2）

| 時間 | 症状 | 対応（何をした） | だれが |
|----|----|--------------|---------|
| ： | | 子ども・保護者 への対応 | 園長・園長代理 |
| ： | | 子ども・保護者 への対応 | 園長・園長代理 |
| ： | | 子ども・保護者 への対応 | 園長・園長代理 |
| ： | | 子ども・保護者 への対応 | 園長・園長代理 |
| ： | | 子ども・保護者 への対応 | 園長・園長代理 |
| ： | | 子ども・保護者 への対応 | 園長・園長代理 |
| ： | | 子ども・保護者 への対応 | 園長・園長代理 |
| ： | | 子ども・保護者 への対応 | 園長・園長代理 |
| ： | | 子ども・保護者 への対応 | 園長・園長代理 |
| ： | | 子ども・保護者 への対応 | 園長・園長代理 |
| ： | | 子ども・保護者 への対応 | 園長・園長代理 |

記録用紙（3）

| 時間 | 症状 | 対応（何をした） | だれが |
|----|----|--------------|---------|
| ： | | 子ども・保護者 への対応 | 園長・園長代理 |
| ： | | 子ども・保護者 への対応 | 園長・園長代理 |
| ： | | 子ども・保護者 への対応 | 園長・園長代理 |
| ： | | 子ども・保護者 への対応 | 園長・園長代理 |
| ： | | 子ども・保護者 への対応 | 園長・園長代理 |
| ： | | 子ども・保護者 への対応 | 園長・園長代理 |
| ： | | 子ども・保護者 への対応 | 園長・園長代理 |
| ： | | 子ども・保護者 への対応 | 園長・園長代理 |
| ： | | 子ども・保護者 への対応 | 園長・園長代理 |
| ： | | 子ども・保護者 への対応 | 園長・園長代理 |
| ： | | 子ども・保護者 への対応 | 園長・園長代理 |

緊急時個別対応マニュアル

作成日： 瀬戸市
年 月 日

年 組 氏名： _____ アレルゲン食品： _____

●緊急時薬（保管場所）

| 種類 | 薬剤名 | 使うべき症状 | 用法 |
|----|-------------|-------------|-------|
| | じんま疹、かゆみ、紅斑 | じんま疹、かゆみ、紅斑 | 内服 |
| | 症状が続く時 | 症状が続く時 | 内服 |
| | 咳、ゼーゼー、息苦しさ | 咳、ゼーゼー、息苦しさ | 内服・吸入 |

エピペン® あり（保管場所） ・ 保護者所持 ・ 処方なし

◎特記事項

アレルギー既往園児については各個人であらかじめ作成されているためそれをとってきてください。

★初発の場合はこのシートを参考に症状チェックをしてください。

| | | | |
|-----|-----|----------|------|
| 連絡先 | 保護者 | 氏名 | (続柄) |
| 治療 | 病院名 | 診療科(医師)名 | |
| | 病院名 | 診療科(医師)名 | |

5分ごとに症状チェック ※グレード3→2→1の順に

| | | | |
|----------------|--|--|---|
| 全身の症状 | <input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 意識がもうろう <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 | | |
| 呼吸器の症状 | <input type="checkbox"/> のどや胸が締め付けられる <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"/> 持続する強い咳込み <input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸 | <input type="checkbox"/> 数回の軽い咳 | |
| 消化器の症状 | <input type="checkbox"/> 持続する強い(がまんできない)おなかの痛み <input type="checkbox"/> 繰り返す嘔吐 <input type="checkbox"/> 繰り返す吐き続ける | <input type="checkbox"/> 中等度のお腹の痛み <input type="checkbox"/> 1~2回の嘔吐 <input type="checkbox"/> 1~2回の下痢 | <input type="checkbox"/> 軽いお腹の痛み(がまんできる) <input type="checkbox"/> 吐き気 |
| 目・口 鼻・顔面の症状 | <div style="background-color: red; color: white; padding: 10px; text-align: center;"> 上記の症状が 1つでも あてはまる場合 </div> | <input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ <input type="checkbox"/> まぶたの腫れ | <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 |
| 皮膚の症状 | | <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ただちにエピペン®使用
(緊急時薬使用後でも問題ない)
 ②救急車要請(119番)
(その場で安静を保つ)
 ③ショック体位
(その場で安静を保つ)
 ④心肺停止?→蘇生開始

- ①事務室へ移動する
動けない場合は、横抱きで移動させるか、現場で寝かせる
 ②緊急時薬使用
 ③エピペン®準備
 ④速やかに医療機関へ受診(救急車考慮)
 ④医療機関に到着するまで
5分ごとに症状の変化を観察

- ①事務室へ連れていく
 ②緊急時薬使用
 ③保護者に連絡
 ④1時間は5分ごとに経過観察を行い、症状の改善が見られない場合は医療機関受診

グレード3

グレード2

グレード1

エピペン®の使い方

◆それぞれの動作を声に出し、確認しながら行う

① ケースから取り出す



ケースのカバーキャップを開けエピペンを取り出す

② しっかり握る



オレンジ色のニードルカバーを下に向け、利き手で持つ
“グー”で握る！

③ 安全キャップを外す



青い安全キャップを外す

④ 太ももに注射する



太ももの外側にエピペン®の先端（オレンジ色の部分）を軽くあて
“カチッ”と音がするまで
強く押しあてそのまま5つ数える
注射した後すぐに抜かない！
押しつけたまま5つ数える！

⑤ 確認する



使用前 使用後

エピペン®を太ももから離し
オレンジ色のニードルカバーが伸びているか確認する
伸びていない場合は
「④に戻る」

⑥ マッサージする



打った部位を10秒間、
マッサージする

介助者がいる場合



介助者は子どもの太ももの付け根と膝をしっかり抑え、動かないように固定する

注射する部位

- ・衣類の上から、打つことができる
- ・太ももの付け根と膝の中央部で、かつ真ん中(A)よりやや外側に注射する

あおむけの場合



座位の場合



**エピペン®を打った後は緊急搬送（救急車で搬送）
使用後のエピペンは救急隊員に渡す。**

出典：環境再生保全機構ERCA（エルカ）
「ぜん息予防のためのよく分かる食物アレルギー対応ガイドブック2021改訂版」を編集して作成

救急要請（119番通報）のポイント

◆あわてず、ゆっくり、正確に情報を伝える



119番
火事ですか？
救急ですか？

救急です。



① 救急であることを伝える



住所はどこですか？

瀬戸市〇町〇番地
の〇〇保育園です。



② 救急車に来てほしい住所を伝える

住所、施設名をあらかじめ記載しておく



どうしましたか？

エピペン®を
〇時〇分に
打ちました。

5歳の男児が
給食を食べた後、
呼吸が苦しいと
言っています。



③ 「いつ、だれが、どうして、
現在どのような状態なのか」を
わかる範囲で伝える

※ エピペン®の処方やエピペン®の使用の
有無を伝える

※ 食物アレルギー既往の有無を伝える



あなたの名前と連絡先
を教えてください。

私の名前は
〇〇〇〇です。
携帯番号は……



④ 通報している人の氏名と連絡先を伝える

119番通報後も連絡可能な電話番号を伝える

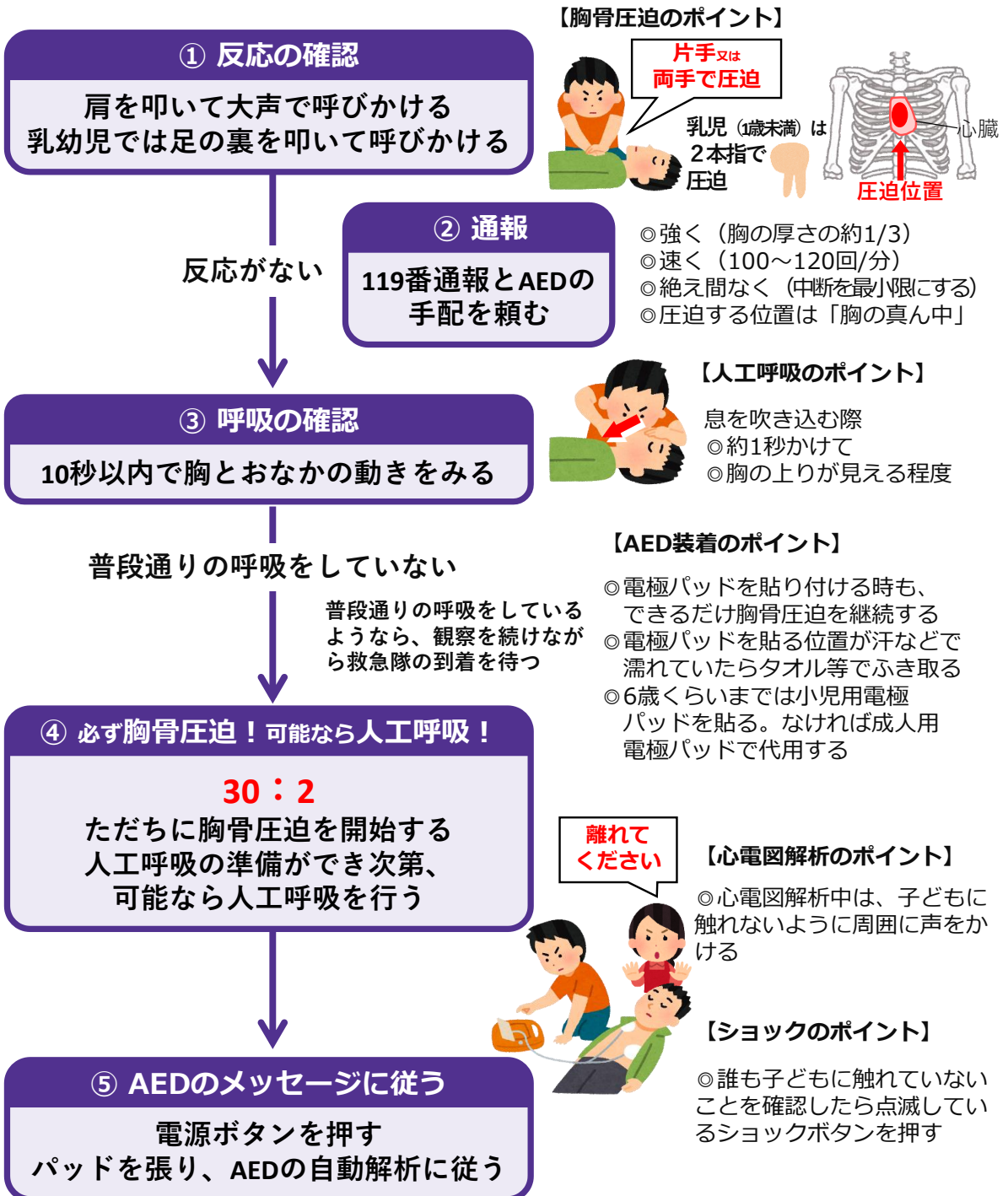
※向かっている救急隊から、その後の状態確認等のため電話がかかってくることもある

- ・ 通報時に伝えた連絡先の電話は、常につながるようにしておく
- ・ その際、救急隊が到着するまでの応急手当の方法などを必要に応じて聞く

出典 東京都「食物アレルギー緊急時対応マニュアル」から一部改変

心肺蘇生とAEDの手順

- ◆強く、早く、絶え間ない胸骨圧迫を！
- ◆救急車に引き継ぐまで、または子どもに普段通りの呼吸や目的のある仕草が認められるまで心肺蘇生を続ける



出典 東京都「食物アレルギー緊急時対応マニュアル」から一部改変