|  |  |
| --- | --- |
| **食物アレルギーがあります****I’m allergic to ○○** | 【アレルギーの種類】食物アレルギー(Food) ・ 薬品アレルギー(Drug)ｱﾄﾋﾟｰ性皮膚炎(Atopic Dermatitis) ・ ぜんそく(Asthma)（その他）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　【アレルギーの原因】そば(Buckwheat) ・ 落花生(Peanut) ・ 卵(Egg)乳製品(Milk) ・小麦(Wheat) ・えび(Shrimp) ・かに(Crab)(その他)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ◆配慮のお願い・誤食すると命に関わり、貴重な食事でも食べられません。・アレルギー対応食やミルクなど食べられるものを優先的に選ばせて。・調理できる保護者がいる場合は、食材をわけ、調理場の使用を認めて。・炊き出しでは、原因食物を使用しない調理の工夫へご協力を。・子どもへお菓子をあげる時にも注意してください。◆アレルギー症状出現時の迅速・適切な対応のお願い多くの症状は、食べて直ぐ～３０分以内に現れます。【軽症】部分的なじんましんやかゆみ、弱い腹痛、嘔気、弱い咳や鼻水など対応：経過観察、経口抗ヒスタミン薬があれば内服させる。直ぐに症状が改善することがほとんどです。悪化しないか経過観察します。【中等症】全身のじんましんや強いかゆみ、明らかな腹痛、嘔吐、強い咳、元気がなくなるなど対応：速やかに医療機関を受診する。【重症、ショック】中等症症状に加え、強い腹痛、繰り返す嘔吐・下痢、ぜん鳴(ゼーゼー、ヒューヒュー)、ぐったり、意識低下・消失、失禁など対応：一刻も早く医療機関を受診する。処方されているエピペンがあれば、注射します。反応がなく、呼吸がなければ心肺蘇生を行う。 | 【アレルギーの症状】じんましん　・　おう吐　・　下痢　・　ぜんそく呼吸困難　　・　かゆみ　・　腹痛　・　意識低下（その他）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【エピペンの所持】　　無　・　有　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【アナフィラキシーの経験】　　無　・　有　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 【ＳＯＳ発信者】　　　　　　　　　　　　　　　　男　・　女生年月日　　　　　　　　　　　　　　　年齢　　才住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 【服用薬】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【かかりつけ医】病院名　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　住　所　　　　　　　　　 　　ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 【家族の連絡先】※一人でいたら連絡をお願いします①名前　　　　　　　　　　　　　　　　続柄　　　TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　②名前　　　　　　　　　　　　　　　　続柄　　　TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　③名前　　　　　　　　　　　　　　　　続柄　　　TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | ※家族と連絡が取れなかったら、こちらへ避難先①　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　避難先②　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　避難先③　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |