

2024年度

緊急時対応マニュアル

- 1 緊急医療体制 P1
- 2 不審者への緊急対応体制 P2
- 3 事件・事故等緊急事態発生時の緊急対応
及び救急体制 P4
- 4 地震発生時の対応 P5
- 5 食物アレルギー・アナフィラキシー発症
時の対応 P9
- 6 Jアラート発令時の対応 P12

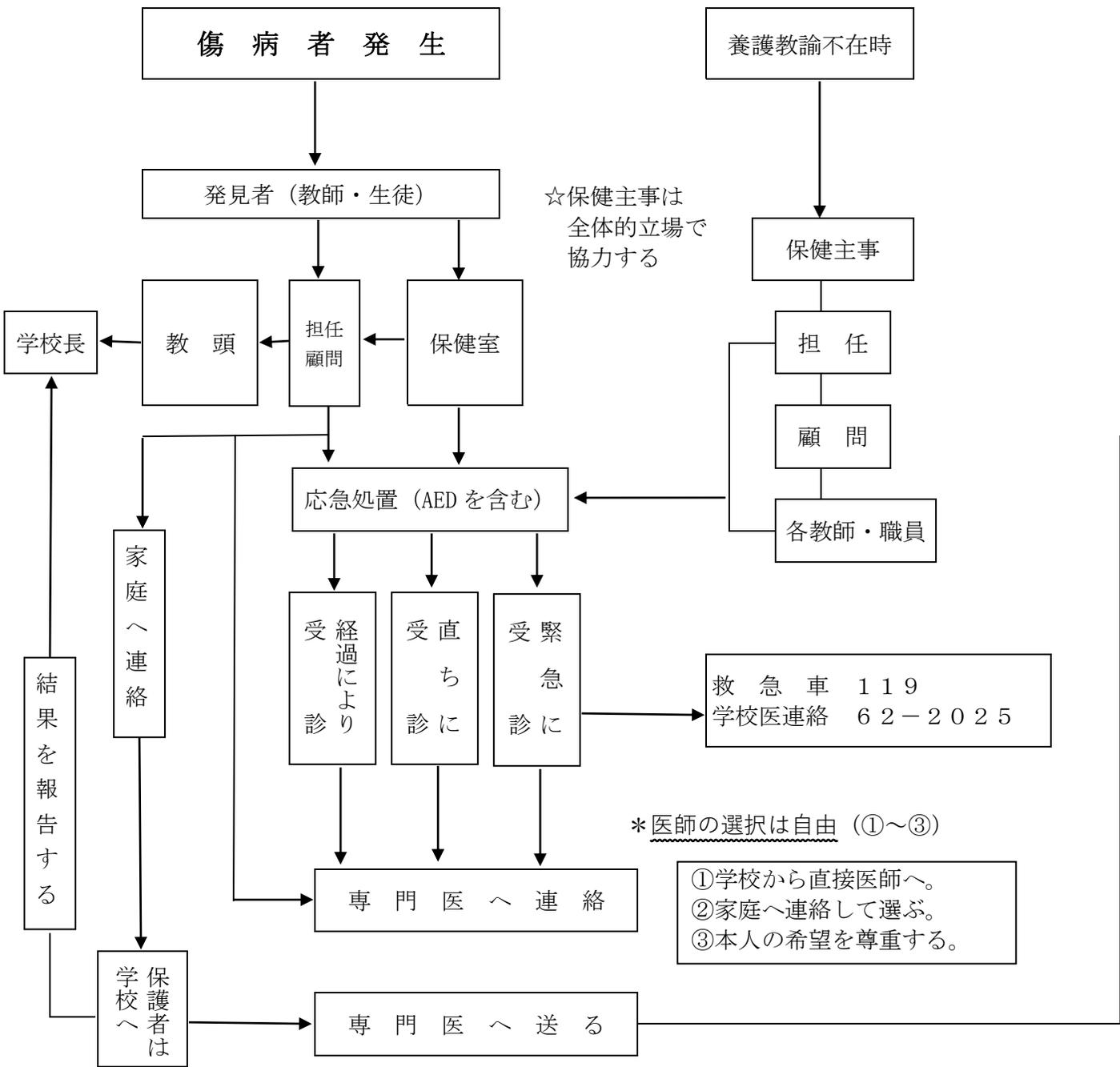
1. 緊急医療体制

西邑楽高校
0276(63)5851

- *程度によって教師が付き添う。
- *学校管理下の場合は、スポーツ振興センターを適用。
- *保健調査票を持参する。(保健室常備)

移送について(原則)

- ① 生命に関わる場合は救急車で。
- ② 学校長の判断。
- ③ 公共の交通機関を利用。



☎ 医療機関電話番号			
学校医等			FAX
内科	ましも内科・胃腸科	62-2025	62-7730
眼科	鈴木眼科	62-2355	62-0988
歯科	久保田歯科医院	62-5858	62-5858
薬剤師	十字屋薬局	88-2177	88-3314
総合病院			
	太田記念病院	55-2200	
	本島病院	22-7131	
	蜂谷病院	63-0888	
整形外科			
	岡田整形外科	72-3163	
	慶友整形外科	72-6000	
	鹿山整形外科	45-0511	
	並木整形外科	45-1177	
	堀江病院	38-1215	
眼科	大川眼科	48-7701	
皮膚科	佐々木皮膚科	62-8881	

県教委		
健康体育課		
学校体育係	027-226-4711	
学校保健係	027-226-4707	
高校教育課		
企画係	027-226-4642	
指導係	027-226-4645	

朝日タクシー	62-2219
いずみ	62-2233
合同	62-2043

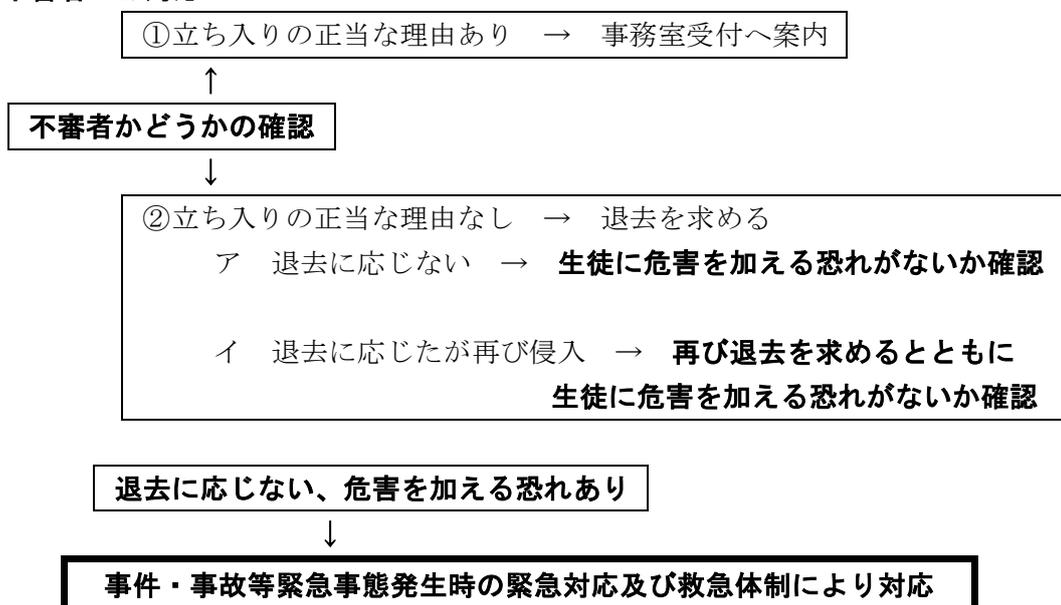
2. 不審者への緊急対応体制

群馬県立西邑楽高等学校

I 平常時における不審者侵入防止策

①北門（正門）	<ul style="list-style-type: none">定期的な巡視 (教頭、生徒指導主事、巡回当番、日直)校舎周りのフェンス設置
南門	<ul style="list-style-type: none">生徒登校後、下校時間まで閉鎖
②校門から校舎入口	<ul style="list-style-type: none">正面玄関への案内掲示正面玄関および体育館壁にダミーカメラの設置環境整備による死角の排除定期的な巡視 (教頭、生徒指導主事、巡回当番、日直)
③校舎への入口	<ul style="list-style-type: none">正面玄関のみでの受付サーモグラフィカメラによる検温及び写真の記録受付時に来校者プレートの配付定期的な巡視 (教頭、生徒指導主事、巡回当番、日直)

II 不審者への対応

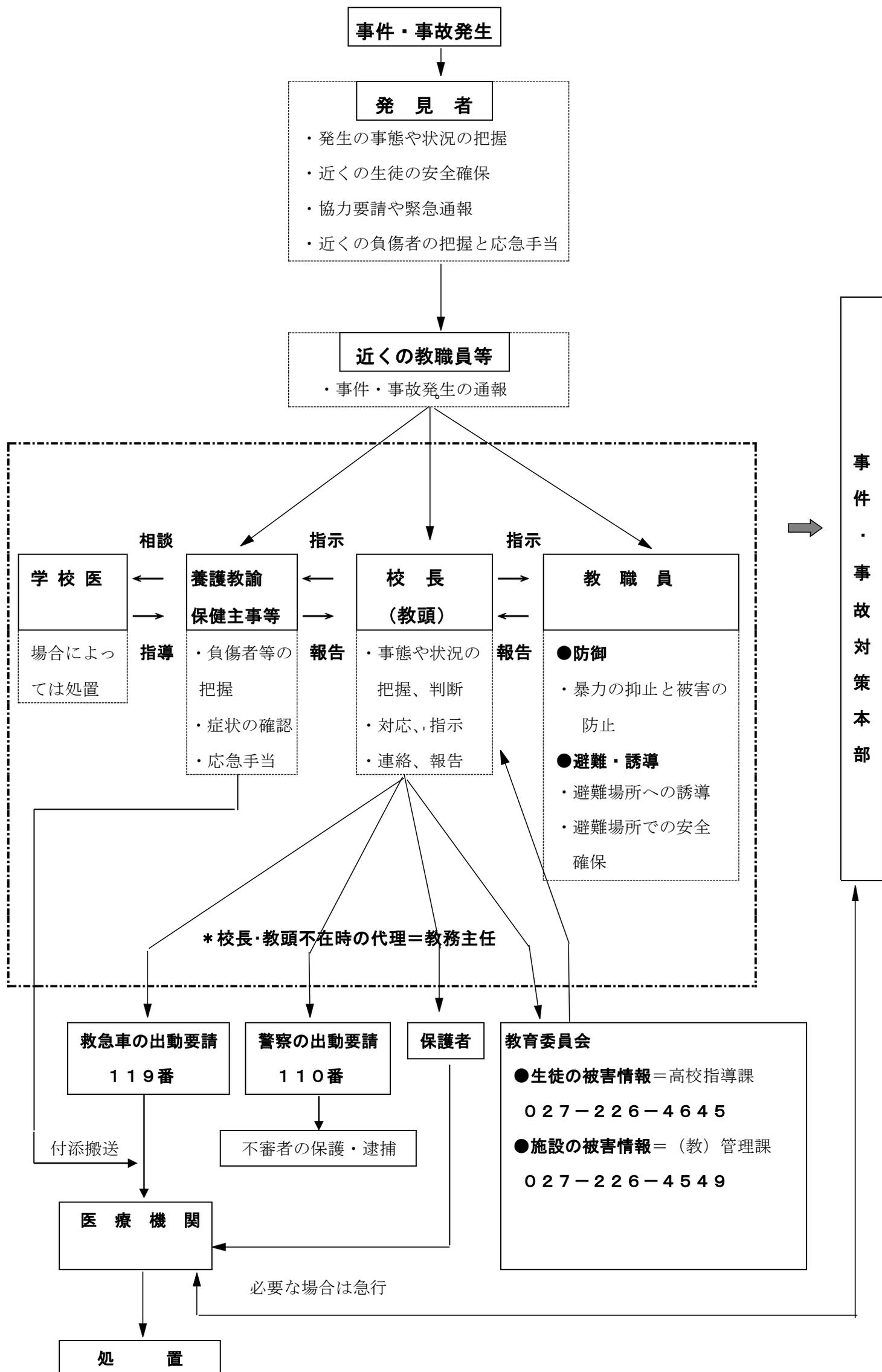


Ⅲ 不審者侵入時の役割分担

- | | | | |
|---|-------------|---|-------------------|
| 1 | 全体指導・外部との対応 | → | 校長・教頭・事務長 |
| 2 | 保護者への連絡 | → | 教務主任・各学年主任・各担任 |
| 3 | 避難誘導・安全確保 | → | 授業担当者・担任 |
| 4 | 不審者への対応 | → | 発見者（複数の職員）・生徒指導主事 |
| 5 | 救急手当て・医療機関等 | → | 養護教諭・保健主事等 |
| 6 | 電話対応・記録 | → | 事務職員等 |
| 7 | 安否確認 | → | |

- | |
|--------------------|
| ①全体把握＝教頭・教務主任 |
| ②学年・学級＝学年主任・担任 |
| ③校内巡視＝教頭・生徒指導主事・日直 |

3. 事件・事故等緊急事態発生時の緊急対応及び救急体制



4. 地震発生時の対応

群馬県立西邑楽高等学校

(1) 教職員在校時の災害対応マニュアル

①基本的対応

地震発生

生徒の安全確保

○的確な指示（頭部の保護、机の下などへの避難、机の脚を両手でしっかり押さえる、その場を動かないなど。配慮を要生徒への対応）

○教頭が放送で対応を指示

○火災など二次災害の防止

○負傷者の確認

校庭避難の決定と指示

○避難経路の安全確認

○全校避難指示（教頭、震度5程度）、避難不要の場合は係による校内巡回、報告

○人員確認

校庭避難

○的確な指示（頭部の保護、慌てない、押さない、しゃべらないなど）

○教職員の連携（誘導、負傷者搬送など）

◎出席簿、生徒名簿、ラジオ、救急薬品等、携帯電話、筆記用具、ハンドマイク、マニュアル

避難後の安全確保

○人員の確認と安否確認

○負傷者の確認と応急処置関係機関への連絡（関係機関一覧表）

○生徒等の不安への対処

災害対策本部の設置

○教職員各自の役割確認と校長の業務指示

①避難場所での対応 ・ ・ ・ 生徒の不安に対する対処、安全確保（少人数で全体が見渡せるように、生徒等のそばにいて、勝手な行動を取らないように指示）

②被害状況の把握 ・ ・ ・ 学校施設・通学路の点検
○通学路及び生徒等の校舎内避難、避難所開設等のための、外見上の安全確認
○危険箇所の立ち入り禁止等の危険回避対応

③災害情報の収集 ・ ・ ・ マスコミ：地震の規模、余震の可能性と規模、二次災害の危険性等の情報収集
地 域：学区の被害状況、危険箇所、関係機関との連絡

④県教委への報告 ・ ・ ・ 被害の状況、その他学校内外の指導事項の確認、その他の情報収集、状況に応じた臨時休校措置

⑤外部との対応 ・ ・ ・ ・ ・ 保護者、親類、知人、マスコミ等からの照会に対応。近隣学校間、校種間連携のネットワークの確立（近隣で支援し合えることはないか、情報交換する。）
平素からの円滑な交流が必要

⑥避難所の開設 ・ ・ ・ ・ ・ 避難所開設・運営の支援マニュアルに基づく活動

校庭避難後の対応決定

○生徒等の校舎外避難後の対応決定（生徒等を保護者に引き渡す場合の方法や保護への連絡方法、また保護者と連絡が取れなかった場合の下校方法、更には生徒等を学校で避難継続する場合やその後引き渡す場合の連絡方法について、基本的パターンを定め、学校と保護者との共通理解を図っておく必要がある。）

①避難継続

②保護者への連絡

保護者への引き渡し

○対応決定後の保護者への連絡

② 被災状況別の対応例

ア 授業中（※避難経路の確認、避難の指示は職員室で待機中の教職員が行う。）

場所	共通事項	個別事項
普通教室	○教師による安全確保の的確な指示（頭部の保護、窓や壁際から離れさせる） ○火気使用中であれば消火する。 ○生徒等の人員等状況確認や周囲の安全確認	○机の下に潜らせ、机の脚を両手でしっかり持つように指示
特別教室		○実験中であれば、危険回避の指示（ガス、薬品、熱）
体育館		○中央に集合させ、体を低くするように指示（建物の構造や体育用具の位置によっては、柱や壁に寄り添う方が良い場合もある。）
校庭		○建物から離れ、中央に集合させ、体を低くするように指示
プール	○余震や二次災害に備え、生徒等を落ち着かせる。	○速やかにプールの縁に移動させ、縁をつかむように指示 ○揺れが収まれば、素早くプールから出るように指示 ○避難準備（サンダル・靴を履き、衣服やバスタオルで身を守る）

- 【指示例】** ①「落ち着きなさい。被害が予想されます。壁や窓から離れ、机の下に潜りなさい。両手で机の脚をしっかりと持ち、頭を守りなさい。上着やカバンなどで頭を守りなさい。落ち着いて、次の指示を待ちなさい。」
- ②「落ち着きなさい。被害が予想されるので、校庭に避難しなさい。声を出さず、校舎内は走らず、静かに避難しなさい。上からの落下物に気を付けながら、落ち着いて指示に従って校庭に避難しなさい。」

イ 教師と生徒等が離れている場合（始業前、休み時間、放課後）

場所	生徒等の行動	教職員の対応
階段 廊下 トイレ等	○揺れている間は、上着やカバン等で頭部を保護してじっと待機する。 ○落下物や倒壊物に気を付ける。 ○揺れが収まり、教師の指示に従い、校舎外避難場所に避難する。 ○周囲の安全確認	○全校指示（揺れが収まるまで、頭部を保護して教職員が到着するまで待機するように指示） ○教職員は分散して生徒等の安全確保、指示誘導
校庭等	○建物、ブロック塀、窓ガラスの近くから離れる。 ○揺れが収まるまで、頭部を保護し、広い場所の中央で待機する。	○校舎外にいる生徒等の安全確保、負傷者の応急手当

(2) 校外活動中の災害対応マニュアル

地震発生

安全確保

- 正確な状況把握と的確な指示（下見時の見学施設の把握，避難経路・避難場所の確認，施設管理者等との打合せ）
- 電車，バス等に乗車中は，係員の指示に従う。
- 生徒等の不安に対する対処（グループ行動時の対応の約束を徹底しておく。班ごとに携帯 電話等を確認する）

近くの避難所へ避難

- 避難場所，救護施設がない場合，地元の人や機関等から情報を入手し，的確な対応を行う。
- 施設管理者等の指示に従う。（グループ行動時の約束に従う）

避難後の安全確保

- 人員確認，負傷者の応急手当
- 生徒等の不安に対する対処
- 山中でのがけ崩れ，落石に注意
- 地元公的機関への救護要請

学校への連絡

- 学校への連絡，状況報告を行い，指示を受け対応（不通の場合は，教育委員会や公的機関）
- 学校から教育委員会への連絡
- 学校から保護者への連絡
- 教育委員会から指示，地元公的機関への救護要請

避難後の対応決定

(3) 登下校時の災害対応マニュアル

地震発生	生徒等の行動	教職員の対応	地震発生
安全確保	<ul style="list-style-type: none"> ○頭部を保護し身を低くする。 ○車道に出ない。 ○建物，ブロック塀，窓ガラスから離れる。 	<ul style="list-style-type: none"> ○校内残留生徒等の安否確認 ○通学路上，避難場所の生徒等の安否確認（生徒等引き取り確認カードの持参） 	安否確認のための活動開始
近くの避難場所へ移動	<ul style="list-style-type: none"> ○揺れが収まったら，状況に応じて公園，学校等の避難場所，あるいは自宅に避難する。 ○自宅や学校に避難することが困難な場合，教職員や保護者，地域の人があるまで，そのまま待機する。 	<ul style="list-style-type: none"> ○保護者，地域と連携し，生徒等の所在確認 ○家庭への確実な引渡し ○家族不在時は 学校で保護 	自宅確認 校内巡視 通学路巡視 生徒等の保護
自宅・学校			避難後の対応決定

状況に応じた対応（生徒等の安全確保のための学校・保護者・地域との連携）ができるように事前の協議が必要である。

災害拠点病院（大泉町近辺）

- 1 太田記念病院（太田市）
- 2 館林厚生病院（館林市）
- 3 足利赤十字病院（栃木県足利市）
- 4 深谷赤十字病院（埼玉県深谷市）

※〇〇県 災害拠点病院で検索できます。

※災害拠点病院とは、①24時間いつでも災害に対する緊急対応ができ、被災地域内の傷病者の受け入れ・搬出が可能な体制を持つ。②実際に重症傷病者の受け入れ・搬送をヘリコプターなどを使用して行うことができる。③消防機関と連携した医療救護班の派遣体制がある。④ヘリコプターに同乗する医師を派遣できることに加え、これらをサポートする、十分な医療設備や医療体制、情報収集システムとヘリポート、緊急車両、自己完結型で医療チームを派遣できる資器材を備えている。（高校保健ニュース第604号より）

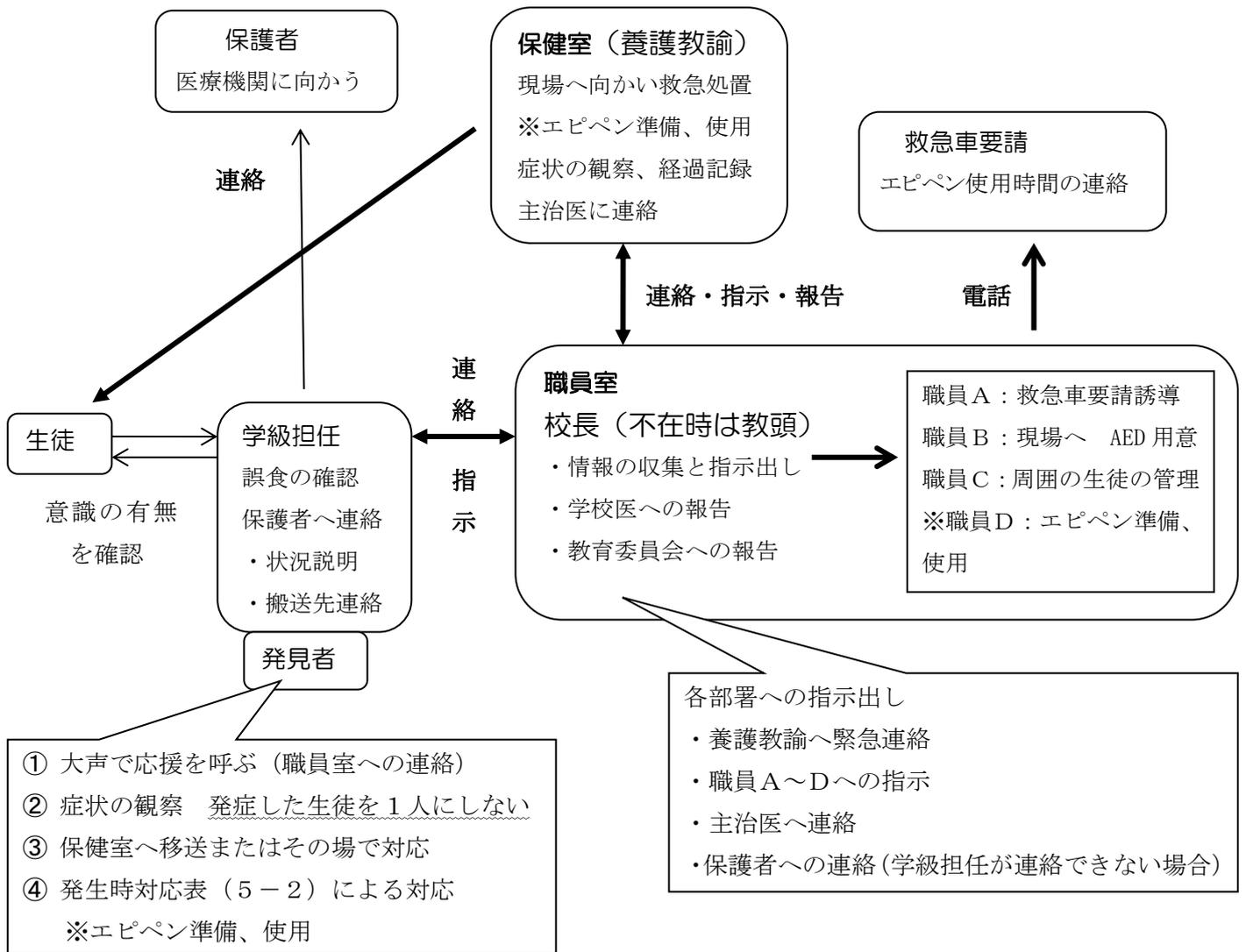
安否確認時参考資料

<災害を経験した時にストレス反応が強く出やすい人の特徴>

- ① 災害でとても怖いことや大切な人や物をなくす体験をした。
- ② 長時間の閉じ込め、家族や友達を亡くす、家が壊れる体験をした。
- ③ もともと怖がりだったり、心配性なところがある。
- ④ 災害の前から友達との付き合いに苦勞している。
- ⑤ 発達障害など、災害前から支援を必要としている。
- ⑥ 家族や周囲の支えが十分でない。
- ⑦ 災害の前にすごくショックな体験をしている。

（高校保健ニュース第607号より）

5-1. 学校におけるアナフィラキシー緊急時の対応



※エピペンは全職員に周知済み。1番早く準備できる職員が準備、使用。

食物アレルギー・アナフィラキシー発症時の対応

氏名： _____ 生年月日： _____ 年 月 日

緊急連絡先 ①氏名： _____ (続柄：) 電話番号 ()-()-()

②氏名： _____ (続柄：) 電話番号 ()-()-()

主治医： _____ 印 (病院名： _____)

記載日： _____ 年 月 日

- ・ 食べた時間と症状が出た時間をチェック！・ 安静にする！・ 1人にしない！
- ・ 下のような症状が1つでもあれば積極的に治療しましょう！

【症状と対応】

軽症	皮膚 ：部分的な赤みや蕁麻疹、軽いかゆみ	治療 ：抗ヒスタミン薬内服 ()	
	呼吸 ：単回のせき、くしゃみ、鼻水		
	お腹 ：口のかゆみや違和感、唇の軽い腫れ 単回の嘔吐や下痢、弱い腹痛		対応 ：症状が進行、または30分以上続く時は、 ステロイド薬内服し医療機関を受診
	全身 ：元気がない		

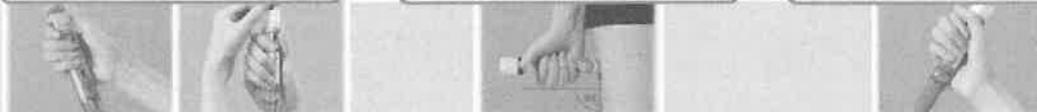
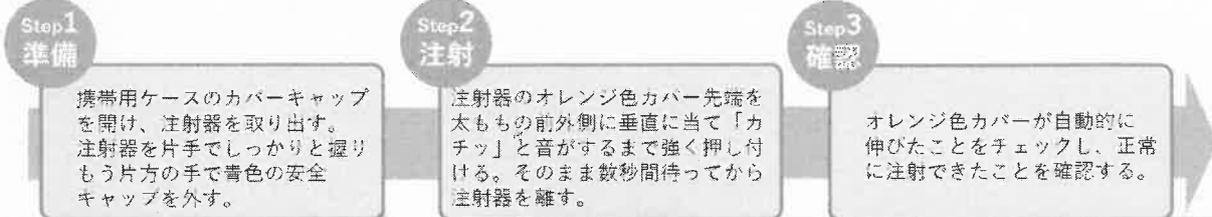
中等症	皮膚 ：全身の赤みや蕁麻疹、強いかゆみ 蕁麻疹が10個以上、脛や唇の強い腫れ	治療 ：抗ヒスタミン薬内服 () ステロイド薬内服 ()	
	呼吸 ：せきを繰り返す、のどの痛み、息苦しい		
	お腹 ：複数回の嘔吐や下痢、強い腹痛		対応 ：ただちに医療機関を受診 ※嘔吐が1回だけで他症状がなく、 元気であれば、内服しなくてもよい ※症状が進行するようなら重症の対応を行う
	全身 ：眠気		

重症	呼吸 ：のどや胸が締めつけられる、声のかすれ ゼーゼーする呼吸、息苦しい、持続するせき 犬が吠えるようなせき(ケンケン)	躊躇しない！ 治療 ： エピペン® を使用した上で、可能なら ・抗ヒスタミン内服 () ・ステロイド薬内服 ()	
	お腹 ：繰り返し吐く、がまんできない腹痛		
	全身 ：唇や爪が青白い、脈が触れにくい・不規則、ぐったり、意識もうろう、尿や便を漏らす		対応 ：ただちに救急車で医療機関受診 担架を使用

食物アレルギー診療ガイドライン2021に準拠

【エピペン®の使い方】

※患者が注射できない場合には代わりに園・学校の職員が注射可能です。
その際、医師法など法律には抵触しません。



5-3. アナフィラキシー緊急時対応経過記録票

様式10

児童生徒氏名 _____

生年月日 平成 年 月 日()歳

1 摂取時間				
2 食べたもの				
3 食べた量				
4 処置	【処置】・口の中のものを取り除く ・うがいをする ・手を洗う ・触れた部位を洗い流す 【内服など】薬の使用(内容) 【注射】エピペンの使用 あり なし			
5 症状		   	*あてはまるものの欄に○をつける	
	軽症		部分的な赤みやじんましん、軽いかゆみ	
			単発の咳、くしゃみ	
			口の痒みや違和感、唇の腫れ	
	中等症		全身の赤みや蕁麻疹、強い痒み、蕁麻疹が10個以上、瞼や唇が腫れ上がる	
			鼻水、鼻づまり、咳を繰り返す、喉の痒み	
			1回の嘔吐や下痢、腹痛	
	重症		元気がない	
			のどや胸が締めつけられる、声がかすれる、持続する強い咳き込み、犬が吠えるような咳(ケンケン)、ゼーゼーする呼吸、息苦しい	
		くりかえし吐き続ける、持続する強い腹痛		
6 症状経過	時間	症	状	バイタルサイン
	:			
	:			
	:			
	:			
	:			
	:			
	:			
	:			
	:			
	:			
	:			
7 記録者				
8 搬送先 医療機関	医療機関名	電話番号		

6. Jアラート発令時の対応について

1.登校前（自宅にいる場合）

Jアラートが発令された時は、登校を控え自宅の安全な場所に待機し、身の安全を確保する。ただし、登校の判断については以下の通りにする。

①学校所在地付近、又は居住地付近において被害がない場合は、通常通り授業を行うことを原則とする。

ただし、公共交通機関の遅れがある場合には、遅刻として扱わない。

②学校所在地付近、又は居住地付近において被害がある場合や政府等から指示がある場合は、被害の手当てや政府等からの指示を優先し、登校は控える。

③必要に応じて、「群馬県立西邑楽高等学校ホームページ」に情報を掲載するので確認をすること。

2.登下校中

(1) 近くのできるだけ頑丈な建物や地下に非難する。

(2) 近くに適当な建物がない場合は、物陰に身を隠すか地面に伏せ頭部を守る。

3.学校にいる場合

(1) できるだけ窓から離れ、できれば窓のない部屋に避難する。

(2) 屋外にいる場合は、(1)のとおり屋内の安全な場所に避難する。

4.落下物について

万が一、落下物らしきものを発見した場合は、決して近寄らず、警察・消防に連絡する。

アレルギー疾患用

学校生活管理指導表

(令和5年度改訂版)

主治医 様

学校(園)生活において、アレルギー疾患で特別な配慮や管理が必要な子どもの健康管理を適切に行うため、「活用のしおり～主治医用～」(表紙裏面)をご覧ください、必要事項の御記入をお願いいたします。
なお、症状などの状況に応じて指導内容に変更などがある場合は、再度御記入をお願いいたします。

【様式】

1. 気管支ぜん息
2. アトピー性皮膚炎
3. アレルギー性結膜炎
4. アレルギー性鼻炎
- 5-1. 食物アレルギー・アナフィラキシー
- 5-2. 食物アレルギー・アナフィラキシー発症時の対応

「アレルギー疾患用学校生活管理指導表」の提出が必要な児童生徒・園児

- ① 学校・園の活動で食事対応が必要な場合(給食、調理実習、宿泊学習等)
- ② 食物アレルギー・アナフィラキシー発症時の対応として、エピペンや内服薬が処方されている場合
- ③ 保護者が希望する場合
- ④ 学校・園が必要と認める場合
- ⑤ 主治医・学校医が必要と認める場合

* 下記は学校で記入してください。

名前							性別	男・女
生年月日	年 月 日 生まれ						別	女
学校(園)名								
学校医名								
学年	1	2	3	4	5	6		
組								

* 下記は保護者が内容を確認し、サインをしてください。

学校における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、本票に記載された内容を学校の全教職員及び関係機関等で共有することに同意します。

保護者氏名 _____

群馬県教育委員会
群馬県医師会

活用のしおり～主治医用～

1. 学校生活管理指導表について

本表を活用して管理を行ってきた児童生徒については、「令和5年度改訂版」の後に前年度まで用いてきた学校生活管理指導表を添付いたします。添付の「平成27年度改訂版/令和2年度改訂版」を参考に「令和5年度改訂版」の学校生活管理指導表に御記入くださいますようお願いいたします。

2. 平成27年度改訂版/令和2年度改訂版からの主な改訂点及び修正点

- (1) 内容について
医学的な進歩を取り入れた内容に改められました。
また、治療薬も最近の進歩を反映して、新しい薬剤が加えられました。
- (2) 「学校生活上の留意点」について
「保護者と相談し決定」という文言が、「管理必要」という文言に改められました。
- (3) 食物アレルギー・アナフィラキシーについて
「原因食品・診断根拠」という文言から、「原因食品・除去根拠」という文言に改められました。
- (4) 気管支ぜん息について
「重症度分類（発作型）」から「症状のコントロール状態」に改められました。
- (5) 学校医名記載
令和5年度改訂版より、学校医名の記載欄が追加されました。
- (6) 5-2 食物アレルギー・アナフィラキシー発症時の対応
令和5年度版より、グレースケールでも見やすいように修正されました。

3. 記入上の注意

食物アレルギー

C. 原因食物・除去根拠

- ・診断根拠として重要なのは①明らかな症状の既往、②食物経口負荷試験陽性です。
- ・③摂取可能であるにもかかわらず、血液検査陽性だけを根拠に原因食物の除去を指示することは適切ではありません。
- ・④未摂取で除去が必要な食物がある場合のみ記入してください。

E. 原因食物を除去する場合に、より厳しい除去が必要なもの

- ・ここに記載されている食材は、極微量のアレルゲンが含有されている程度であり、症状誘発の原因となりにくいため、基本的に除去する必要はありません。
- ・本欄に○がついた場合には、給食対応が困難となりますので慎重に考慮してください。

気管支ぜん息

A. コントロール状態の評価（最近1ヶ月の状態で評価）

コントロール状態	良好	比較的良好	不良
	すべて該当する	下記一つ以上該当ありかつ、不良に該当がない	一つ以上該当あり
軽微な症状 ※1	なし	月1回以上	週1回以上
明らかな急性増悪（発作）	なし	なし	月1回以上
日常生活の制限 ※2	なし	軽微にあり	月1回以上
β2刺激薬の使用	なし	月1回以上	週1回以上

※1 運動や大笑い、啼泣後に一過性に認められる咳やぜん鳴、夜間の咳き込みなど

※2 夜間の覚醒、運動ができないなど

（小児気管支喘息治療・管理ガイドライン2020より一部改変）

1 【気管支ぜん息】

(あり・なし)

〔病型・治療〕 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

A. 症状のコントロール	B-1. 長期管理薬 (吸入)	B-2. 長期管理薬 (内服)
1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良	1. ステロイド吸入薬 (薬剤名) (投与量/日) 2. ステロイド吸入薬/長期間作用性吸入ベータ刺激薬配合剤 (薬剤名) (投与量/日) 3. その他 (薬剤名) (投与量/日)	1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 (薬剤名) 2. その他 (薬剤名)
B-3. 長期管理薬 (注射)	C. 発作時の対応	
1. 生物学的製剤 (薬剤名)	1. ベータ刺激薬吸入 (薬剤名) (投与量/日) 2. ベータ刺激薬内服 (薬剤名) (投与量/日)	

〔学校生活上の留意点〕 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

A. 運動 (体育・部活動等)	B. 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動	C. 宿泊を伴う校外活動
1. 管理不要 2. 管理必要 ★	1. 管理不要 2. 管理必要 ★	1. 管理不要 2. 管理必要 ★
D. 配慮事項や管理事項について (★印に○をつけた場合は具体的に記入してください。)		
(Blank space for D)		

医療機関名：

電話番号：

医師名：

印

記載日：令和 年 月 日

※変更ありの際は、変更内容を(空欄に)記載願います。

受診年月日	病型・治療	学校生活上の留意点
2年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり (追加あり・管理不要)
医療機関名 医師名		
3年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり (追加あり・管理不要)
医療機関名 医師名		
4年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり (追加あり・管理不要)
医療機関名 医師名		
5年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり (追加あり・管理不要)
医療機関名 医師名		
6年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり (追加あり・管理不要)
医療機関名 医師名		

※変更ありの際は、変更内容を(空欄に)記載願います。

受診年月日	病型・治療	学校生活上の留意点
2年生 令和 年 月 日	変更なし	変更なし・変更あり(追加あり・管理不要)
	変更あり	
医療機関名 医師名		
3年生 令和 年 月 日	変更なし	変更なし・変更あり(追加あり・管理不要)
	変更あり	
医療機関名 医師名		
4年生 令和 年 月 日	変更なし	変更なし・変更あり(追加あり・管理不要)
	変更あり	
医療機関名 医師名		
5年生 令和 年 月 日	変更なし	変更なし・変更あり(追加あり・管理不要)
	変更あり	
医療機関名 医師名		
6年生 令和 年 月 日	変更なし	変更なし・変更あり(追加あり・管理不要)
	変更あり	
医療機関名 医師名		

3【アレルギー性結膜炎】

(あり・なし)

〔病型・治療〕 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

A. 病 型	B. 治 療
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 ()	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 ()

〔学校生活上の留意点〕 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

A. プール指導	B. 屋外活動
1. 管理不要 2. 管理必要 ★	1. 管理不要 2. 管理必要 ★
C. 配慮事項や管理事項について (★印に○を付けた場合は具体的に記入してください。)	

医療機関名：

電話番号：

医師名：

印

記載日：令和 年 月 日

※変更ありの際は、変更内容を(空欄に)記載願います。

受診年月日	病型・治療	学校生活上の留意点
2年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり (追加あり・管理不要)
医療機関名 医師名		
3年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり (追加あり・管理不要)
医療機関名 医師名		
4年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり (追加あり・管理不要)
医療機関名 医師名		
5年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり (追加あり・管理不要)
医療機関名 医師名		
6年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり (追加あり・管理不要)
医療機関名 医師名		

4 【アレルギー性鼻炎】

(あり・なし)

〔病型・治療〕 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

A. 病 型	B. 治 療
1. 通年性アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎 (花粉症) [主な症状の時期] 春 ・ 夏 ・ 秋 ・ 冬	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. アレルゲン免疫療法 舌下免疫療法 (ダニ・スギ) 皮下免疫療法 (ダニ・スギ・その他) 4. その他 ()

〔学校生活上の留意点〕 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

A. 屋外活動
1. 管理不要 2. 管理必要 ★
B. 配慮事項や管理事項について (★印に○を付けた場合は具体的に記入してください。)

医療機関名 :
電話番号 :
医師名 : 印
記載日 : 令和 年 月 日

※変更ありの際は、変更内容を(空欄に)記載願います。

受診年月日	病型・治療	学校生活上の留意点
2年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり (追加あり・管理不要)
医療機関名 医師名		
3年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり (追加あり・管理不要)
医療機関名 医師名		
4年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり (追加あり・管理不要)
医療機関名 医師名		
5年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり (追加あり・管理不要)
医療機関名 医師名		
6年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり (追加あり・管理不要)
医療機関名 医師名		

※変更あり・解除の際は、変更・解除内容を(空欄に)記載願います。

受診年月日	病型・治療	学校生活上の留意点
2年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり (追加あり・管理不要)
医療機関名 医師名		
3年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり (追加あり・管理不要)
医療機関名 医師名		
4年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり (追加あり・管理不要)
医療機関名 医師名		
5年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり (追加あり・管理不要)
医療機関名 医師名		
6年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり (追加あり・管理不要)
医療機関名 医師名		

食物アレルギー・アナフィラキシー発症時の対応

氏名： _____ 生年月日： _____ 年 月 日

緊急連絡先 ①氏名： _____ (続柄：) 電話番号 () - () - ()

②氏名： _____ (続柄：) 電話番号 () - () - ()

主治医： _____ 印 (病院名： _____)

記載日： _____ 年 月 日

- ・ 食べた時間と症状が出た時間をチェック！ ・ 安静にする！ ・ 1人にしない！
- ・ 下のような症状が1つでもあれば積極的に治療しましょう！

【症状と対応】

軽症	皮膚：部分的な赤みや蕁麻疹、軽いかゆみ	治療：抗ヒスタミン薬内服 ()	
	呼吸：単回のせき、くしゃみ、鼻水		
	お腹：口のかゆみや違和感、唇の軽い腫れ 単回の嘔吐や下痢、弱い腹痛		対応：症状が進行、または30分以上続く時は、 ステロイド薬内服し医療機関を受診
	全身：元気がない		
中等症	皮膚：全身の赤みや蕁麻疹、強いかゆみ 蕁麻疹が10個以上、脛や唇の強い腫れ	治療：抗ヒスタミン薬内服 () ステロイド薬内服 ()	
	呼吸：せきを繰り返す、のどの痛み、息苦しい		
	お腹：複数回の嘔吐や下痢、強い腹痛		対応：ただちに医療機関を受診 ※嘔吐が1回だけで他症状がなく、 元気であれば、内服しなくてもよい ※症状が進行するようなら重症の対応を行う
	全身：眠気		
重症	呼吸：のどや胸が締めつけられる、声のかすれ ぜーぜーする呼吸、息苦しい、持続するせき 犬が吠えるようなせき(ケンケン)	治療：エピペン®を使用した上で、可能なら { ・抗ヒスタミン内服 () ・ステロイド薬内服 ()	
	お腹：繰り返し吐く、がまんできない腹痛		
	全身：唇や爪が青白い、脈が触れにくい・不規則、ぐったり、意識もうろう、尿や便を漏らす		対応：ただちに救急車で医療機関受診 担架を使用

食物アレルギー診療ガイドライン2021に準拠

【エピペン®の使い方】

※患者が注射できない場合には代わりに園・学校の職員が注射可能です。その際、医師法など法律には抵触しません。

Step1 準備

携帯用ケースのカバーキャップを開け、注射器を取り出す。注射器を片手でしっかりと握りもう片方の手で青色の安全キャップを外す。



Step2 注射

注射器のオレンジ色カバー先端を太ももの前外側に垂直に当て「カチッ」と音がするまで強く押し付ける。そのまま数秒間待ってから注射器を離す。



Step3 確認

オレンジ色カバーが自動的に伸びたことをチェックし、正常に注射できたことを確認する。



平成 2 1 年 6 月 1 7 日初版発行

平成 2 4 年 3 月 1 6 日改訂版発行

平成 2 5 年 3 月 1 8 日改訂版発行

平成 2 5 年 9 月 1 1 日改訂版発行

平成 2 7 年 3 月 1 3 日改訂版発行

令和 2 年 8 月 3 1 日改訂版発行

令和 5 年 4 月 2 8 日改訂版発行

作成者 群馬県教育委員会・群馬県医師会