

# 子どもにアレルギーの症状が現れたら（処置のお願い）

クロイドン校舎

児童生徒の氏名	年度の在籍学級（ 学部 年 組）		
生年月日	年	月	日（ 歳）
NHSナンバー			
連絡先GP	（電話番号： ）		
保護者氏名			
緊急連絡先 （①、②は優先順）	①	（本人との関係： ）	
	②	（本人との関係： ）	
住所			
アレルギーの内容			
<b>軽度症状に対する処置（*軽度の処置がある場合はご記入ください）</b>			
<p>もし_____の症状が見られた場合、子どもに持参させている                  (薬品名/用量/方法)_____を与えてください。                  _____分以内に症状が改善されない場合は、次の重症症状に対する処置を行ってください。</p>			
<b>重症症状に対する処置</b>			
<p>もし食物の摂取などが疑われ、下記のような症状が見られた場合、子どもに持参させている                  (薬品名/用量/方法)_____を、ただちに与えてください。</p> <p><b>【アレルギー反応の症状】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・口 唇、舌や口の痒みや腫れ</li> <li>・喉* 喉の痒みやしめつけられるような感覚、かすれ、空咳</li> <li>・皮膚 顔や四肢の蕁麻疹、痒みのある発疹または腫れ</li> <li>・消化器 吐き気、急激な腹痛、嘔吐、下痢</li> <li>・肺* 息切れ、繰り返す咳、ゼーゼーした呼吸</li> <li>・心臓* 微弱”な脈拍、気絶する</li> </ul> <p>*の症状は生命に危険を及ぼすことがあります。症状の重さは急激に変化することがあります。  <b>※上記内容に関し、保護者の責任の下、処置をお願いいたします。</b></p>			
保護者の署名		提出 期日	年 月 日