



総合的な日本語教育を実践する

日加学園

Anaphylaxis Emergency Plan

Name of Student: _____ Class: _____

Contact#1 _____ Relationship:【 _____ 】

Contact#2 _____ Relationship:【 _____ 】

Contact#3 _____ Relationship:【 _____ 】

OHIP Card# : _____

Name of Physician: _____ Physician's Tel# _____

Student's photo

Major Allergens:(please make a circle/circles)

Peanuts / Tree Nuts / Egg / Milk / Latex / Insect Stings / Medications

Others(please write details):

Symptoms of Reactions:

Expected timing to use medication(i.e. Breathing difficulties, Swelling Tongue/Mouth/Face etc)

Expected response to Allergy Reactions (please make a circle/give details)

- Contact parent/guardian to inform before giving EpiPen
- Give EpiPen then contact parent/guardian before call 911
- Give EpiPen immediately then call 911 before contact parent/guardian
- Expected to discuss further instructions w/Teacher: Yes / No

EpiPen Dosage: _____ Location: _____

The undersigned parent/guardian authorizes any adult to administer EpiPen to above named child in the event of an anaphylactic reaction, as described above.

Signature: _____ Date _____

Nikka Gakuen

200 Fundy Bay Blvd. Toronto, ON M1W 3G1 Tel: 416.754.0840

Email: nikkagakuen@gmail.com Web: www.nikkagakuen.ca



総合的な日本語教育を実践する

日加学園

アナフィラキシー・ショックへの対処

生徒名: _____ クラス: _____

連絡先#1 _____ 生徒との関係: _____

連絡先#2 _____ 生徒との関係: _____

連絡先#3 _____ 生徒との関係: _____

OHIP#: _____

担当医名: _____ 担当医 連絡先 _____



生徒の写真

主なアレルギー:(当てはまるものに○をしてください)

ピーナッツ / その他ナッツ類 / 卵 / 牛乳 / ゴム / 虫刺され / 医薬品

その他(アレルギーの詳細を記入してください):

アレルギーの症状:

EpiPen 投与のタイミング(例: 息が苦しい、喉・口内に違和感・かゆみ、顔が腫れる など)

希望する対処法 (希望するものに○ もしくは詳細を記入)

- EpiPen を投与する前に保護者にコンタクトし投与する事を伝える
- EpiPen を投与した後、保護者にコンタクト、その後 911 に連絡
- 直ちに EpiPen を投与し、911 に連絡、その後保護者にコンタクト
- 対処法について担任と話し合い希望: はい ・ いいえ

EpiPen の 投与量: _____ 保管場所: _____

上記の生徒に、記入したアナフィラキシー・ショックの症状が出た場合、しかるべき大人が EpiPen (Jr.) を投与することを許可いたします。

サイン: _____ 日付: _____

Nikka Gakuen

200 Fundy Bay Blvd. Toronto, ON M1W 3G1 Tel: 416.754.0840

Email: nikkagakuen@gmail.com Web: www.nikkagakuen.ca