

災害派遣医療スタッフ向け アレルギー疾患 対応マニュアル

【成人】喘息への対応 01

【小児】喘息への対応 03

アトピー性皮膚炎への対応 05

アレルギー性鼻炎・花粉症への対応 06

アレルギー性結膜炎・春季カタルへの対応 07

食物アレルギー（アナフィラキシー含む）への対応 08



一般社団法人
日本アレルギー学会

発行



公益財団法人
日本アレルギー協会

【成人】喘息への対応

喘息発作時の対応

- 発作強度にあわせた治療
- 必要によって酸素投与 (SpO₂ 95%程度を目標に)
- 中発作以上では全身ステロイド薬の投与

発作強度	所見		対応			
	呼吸困難	SpO ₂	酸素吸入	β ₂ 刺激薬吸入	補液 ステロイド投与	追加治療
小発作	苦しいが横になれる	96%以上	-	吸入pMDI(1-2パフ) 20分おき2回反復可 ¹	-	-
中発作	苦しくて横になれない	91~95%	要	ネブライザー吸入 ² 20~30分間隔	アミノフィリン点滴 ³ ステロイド投与 ⁴	アドレナリン皮下注 ⁵ 抗コリン薬吸入
大発作 呼吸不全	苦しくて動けない 会話困難	90%以下	要	ネブライザー吸入 ² (20~30分間隔)	アミノフィリン点滴 ³ ステロイド投与 ⁴	アドレナリン皮下注 ⁵ 抗コリン薬吸入 (医療機関への搬送考慮)

1. 小発作の場合、以前よりシムピコートを使用していた場合はシムピコート吸入でも可
2. ネブライザーが無い場合はpMDIで代用可:20~30分おきに反復する。可能なら脈拍を130回/分以下に保つようにモニターする。
3. アミノフィリン6mg/kg(max 1筒250mg)を等張補液200~250mLに入れ、1時間程度で点滴投与する。既に徐放性テオフィリン製剤を服用している場合には、アミノフィリンを半量とする。初回点滴に引き続き持続点滴を行う場合には、アミノフィリン250mg(1筒)を5~7時間で点滴する。副作用(頭痛、吐き気、動悸、期外収縮など)が出現したら投与を中止する。
4. アスピリン喘息が疑われる場合は、デキサメタゾンあるいはベタメタゾン4~8mgを点滴静注、または経口プレドニゾン0.5mg/kg/日(max 60mg)。そうでない場合は、ヒドロコルチゾン200~500mg、またはメチルプレドニゾン40~125mgのいずれでもよい。以後必要に応じ、デキサメタゾンまたはベタメタゾン4~8mgを6時間ごとに、あるいはヒドロコルチゾン100~200mgまたはメチルプレドニゾン40~80mgを4~6時間ごと点滴静注、または経口プレドニゾン0.5mg/kg/日(max 60mg)。
5. 0.1%アドレナリン(ボスミン):0.1~0.3mL皮下注射20~30分間隔で反復可。脈拍は130/分以下にとどめる。虚血性心疾患、緑内障[開放隅角(単性)緑内障は可]、甲状腺機能亢進症では禁忌、高血圧の存在下では血圧、心電図モニターが必要。併用禁忌薬剤に注意。

喘息発作後の対応

- 帰宅の目安: 喘鳴消失、呼吸困難なし (%PEF ≥ 80%、SpO₂ > 95%) が1時間以上続けば帰宅可能
- 従来の長期管理の治療内容をステップアップして継続する
- 経口ステロイド薬の追加ないし増量を1~2週間を基準に考慮する

吸入ステロイド薬 用量対応表

吸入ステロイド薬

ドライパウダー定量吸入器(DPI)	低用量	中用量	高用量
フルタイドディスカス50	1回1~2吸入 1日2回	1回4吸入 1日2回	1回8吸入 1日2回
フルタイドディスカス100	1回1吸入 1日2回	1回2吸入 1日2回	1回4吸入 1日2回
フルタイドディスカス200	×	1回1吸入 1日2回	1回2吸入 1日2回
パルミコート100μgタービュヘイラー	1回1~2吸入 1日2回	1回4吸入 1日2回	1回8吸入 1日2回
パルミコート200μgタービュヘイラー	1回1吸入 1日2回	1回2吸入 1日2回	1回4吸入 1日2回
アズマネックス100μgツイストヘラー	1回1吸入 1日2回	1回2吸入 1日2回	1回4吸入 1日2回
アズマネックス200μgツイストヘラー	×	1回1吸入 1日2回	1回2吸入 1日2回
加圧式定量吸入器(pMDI)	低用量	中用量	高用量
フルタイドエアゾール50	1回1~2吸入 1日2回	1回4吸入 1日2回	1回8吸入 1日2回
フルタイドエアゾール100	1回1吸入 1日2回	1回2吸入 1日2回	1回4吸入 1日2回
キューパール50エアゾール	1回1~2吸入 1日2回	1回4吸入 1日2回	1回8吸入 1日2回
キューパール100エアゾール	1回1吸入 1日2回	1回2吸入 1日2回	1回4吸入 1日2回
オルベスコ50	1回2~4吸入 1日1回	1回8吸入 1日1回	1回8吸入 1日2回
オルベスコ100	1回1~2吸入 1日1回	1回4吸入 1日1回	1回4吸入 1日2回
オルベスコ200	1回1吸入 1日1回	1回2吸入 1日1回	1回2吸入 1日2回
吸入液	低用量	中用量	高用量
パルミコート吸入液0.25mg	1回2アンプル 1日1回	1回2アンプル 1日2回 1回4アンプル 1日1回	1回4アンプル 1日2回
パルミコート吸入液0.5mg	1回1アンプル 1日1回	1回1アンプル 1日2回 1回2アンプル 1日1回	1回2アンプル 1日2回

吸入ステロイド薬+長時間作用性β₂刺激薬

ドライパウダー定量吸入器(DPI)	低用量	中用量	高用量
アドエア100ディスカス	1回1吸入 1日2回	×	×
アドエア250ディスカス	×	1回1吸入 1日2回	×
アドエア500ディスカス	×	×	1回1吸入 1日2回
シムピコートタービュヘイラー	1回1吸入 1日2回	1回2吸入 1日2回	1回4吸入 1日2回
レルベア100エリプタ	1回1吸入 1日1回	1回1吸入 1日1回	×
レルベア200エリプタ	×	1回1吸入 1日1回	1回1吸入 1日1回
加圧式定量吸入器(pMDI)	低用量	中用量	高用量
アドエア50エアゾール	1回2吸入 1日2回	×	×
アドエア125エアゾール	×	1回2吸入 1日2回	×
アドエア250エアゾール	×	×	1回2吸入 1日2回
フルティフォーム50エアゾール	1回2吸入 1日2回	×	×
フルティフォーム125エアゾール	×	1回2吸入 1日2回	1回4吸入 1日2回

【小児】喘息への対応

喘息発作時の対応

- 発作強度に合わせた治療
- 必要によって酸素投与 (SpO₂ 95%以上を目標に)
- 基本はβ₂ 刺激薬吸入 (吸入手技に注意、20分毎に評価)

発作強度	所見		対応		
	呼吸困難	SpO ₂	酸素吸入	β ₂ 刺激薬吸入	補液 ² ステロイド投与 ³
小発作	なし～軽度	96%以上	—	単回吸入 or 内服 ⁴	—
中発作	あり	92～95%	要	反復吸入 3回まで20分間隔	β ₂ 刺激薬吸入に不応時
大発作 呼吸不全	強い発作の サイン ¹	91%以下	要	反復3回まで (20分間隔)	β ₂ 刺激薬吸入と同時に (医療機関へ搬送考慮)

1. 強い発作のサイン: チアノーゼ、意識レベル低下、強い肩呼吸や陥没呼吸、横になれない、話すのが苦しい
2. 初期輸液 (ソリタT1、ソルデム1、生食など): 乳幼児 50～100mL/時間、学童 100～150mL/時間
3. プレドニン 0.5～1mg/kg/日 分2～3 あるいは デカドロンエリキシル or リンデロンシロップ 0.5mL/kg/日 分2
4. 内服β₂刺激薬 (6歳以上): メプチンミニ (25μg) or プリカニール (2mg) 1錠/回

乳幼児
における吸入

- ネブライザーがあれば、β₂刺激薬 [メプチン吸入ユニット (0.3mL) 1A or ベネトリン吸入液 0.3mL] + インタール吸入液 1A (or 生食2mL) を吸入
- ネブライザーがなければ、図のように紙コップなどで工夫してエアージェル (メプチンエアやサルタノールエア等) を吸入する



喘息発作後の対応

- 帰宅の目安 (喘鳴・呼吸困難の消失、SpO₂ ≥ 97%) をクリアしたら、帰宅時の処方をする
- 帰宅後の注意を伝える

帰宅時の処方

β ₂ 刺激薬	発作が再燃した時 のために 3～4日分処方	<ul style="list-style-type: none"> ● 吸入薬: 朝夕 1吸入ずつ (自宅や避難所では1日4回まで) ● 内服薬: 朝夕 1錠ずつ ● 貼付薬 (ホクナリンテープ等): 1日1回24時間貼付 3歳未満 0.5mg、3～9歳未満 1mg、9歳以上 2mg ※ 貼付薬と内服薬は併用しない、吸入薬の頓用は内服薬あるいは貼付薬使用中にも可
ステロイド 内服	発作再燃の可能性 がある場合、 3日分処方	<ul style="list-style-type: none"> ● プレドニン 0.5～1mg/kg/日 (上限 30mg/日) 分2～3 ● デカドロンエリキシル or リンデロンシロップ 0.5mL/kg/日 (上限 15mL/日) 分2
吸入 ステロイド薬		<ul style="list-style-type: none"> ● 既に処方されている場合 ⇒ 製剤毎に力価が異なるため「吸入ステロイド薬 用量対応表」を参考に処方する ● 電動ネブライザーを使用していたが、災害等で使用できなくなった場合 ⇒ 乳幼児ではエアージェルに、学童以上ではエアージェル or ドライパウダーに変更

吸入ステロイド薬 用量対応表

吸入ステロイド薬

ドライパウダー定量吸入器 (DPI)	低用量	中用量	高用量
フルタイドディスクス50	1回1吸入 1日2回	1回2吸入 1日2回	1回4吸入 1日2回
フルタイドディスクス100	×	1回1吸入 1日2回	1回2吸入 1日2回
フルタイドディスクス200	×	×	1回1吸入 1日2回
パルミコート100μg タービュヘイラー	1回1吸入 1日2回	1回2吸入 1日2回	1回4吸入 1日2回
パルミコート200μg タービュヘイラー	×	1回1吸入 1日2回	1回2吸入 1日2回
アズマネックス100μg ツイストヘラー*	×	1回1吸入 1日2回	1回2吸入 1日2回
アズマネックス200μg ツイストヘラー*	×	×	1回1吸入 1日2回
加圧噴霧式定量吸入器 (pMDI)	低用量	中用量	高用量
フルタイドエアゾール50	1回1吸入 1日2回	1回2吸入 1日2回	1回4吸入 1日2回
フルタイドエアゾール100	×	1回1吸入 1日2回	1回2吸入 1日2回
キュバール50エアゾール	1回1吸入 1日2回	1回2吸入 1日2回	1回4吸入 1日2回
キュバール100エアゾール	×	1回1吸入 1日2回	1回2吸入 1日2回
オルベスコ50	1回2吸入 1日1回	1回4吸入 1日1回	1回8吸入 1日1回
オルベスコ100	1回1吸入 1日1回	1回2吸入 1日1回	1回4吸入 1日1回
オルベスコ200	×	1回1吸入 1日1回	1回2吸入 1日1回
吸入液	低用量	中用量	高用量
パルミコート吸入液0.25mg	1回1アンプル 1日1回	1回1アンプル 1日2回	1回2アンプル 1日2回
パルミコート吸入液0.5mg	×	1回1アンプル 1日1回	1回1アンプル 1日2回

*小児における適応なし

吸入ステロイド薬+長時間作用性β₂刺激薬

ドライパウダー定量吸入器 (DPI)	低用量	中用量	高用量
アドエア100ディスクス	×	1回1吸入 1日2回	×
アドエア250ディスクス*	×	×	1回1吸入 1日2回
シムピコートタービュヘイラー*	×	1回1吸入 1日2回	1回2吸入 1日2回
加圧噴霧式定量吸入器 (pMDI)	低用量	中用量	高用量
アドエア50エアゾール	1回1吸入 1日2回	1回2吸入 1日2回	×
アドエア125エアゾール*	×	×	1回2吸入 1日2回

*小児における適応なし

アトピー性皮膚炎への対応

炎症を抑える

① ステロイド外用薬

- 顔面と陰部はステロイド外用薬Ⅳ群
- その他の部位ステロイド外用薬はⅢ群 (ひどければⅡ群)

強さ	主な外用部位
Ⅱ群 (very strong)	体・手足 ひどい時
Ⅲ群 (strong)	体・手足
Ⅳ群 (medium)	顔・くび

ステロイドの強さ	主な商品名 (五十音順)
強 ↑ Ⅰ群	ジフラルール、ダイアコート、デルモベート
Ⅱ群	アンテベート、シマロン、テクスメテン、トプシム、ネリゾナ、パシデル、ピスダーム、フルメタ、マイザー、リンデロンDP
Ⅲ群	アドコルチン、エクラール、ザルックス、フルコート、プロパデルム、ベトネベート、ポアラ、メサデルム、リンデロンV
Ⅳ群 ↓	アルメタ、キンダベート、ケナコルトA、リドメックス、レダコート、ロコイド
弱 Ⅴ群	プレドニゾン

② タクロリムス軟膏

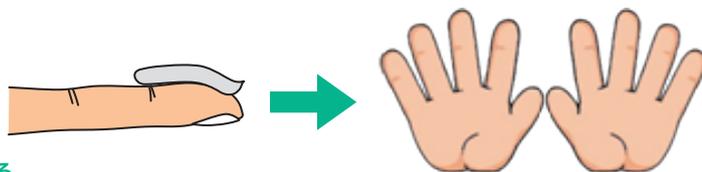
(小児:0.03%、16歳以上:0.1%)

部位:顔、くび・体

*軟膏の使用量:

1FTU (finger tip unit) 0.5g

で成人手のひら2枚分の面積の皮膚に塗る



かゆみを抑える

① 抗アレルギー薬 (抗ヒスタミン薬) の内服 (できるだけ非鎮静性を使用する)

② 濡れタオルなどによる皮膚の冷却* (乳幼児では低体温に注意)

* 冷却シートや湿布はかぶれることがあるため、避けたほうがよい

スキンケア

① 皮膚をきれいにし、保湿剤*を外用する

② 保湿剤を乾燥した部位を中心に広めに一日数回 (冬は一日2回以上) 塗る

③ シャワーなどで石鹸を使ってきれいにし、その後速やかに外用薬 (ステロイド外用薬・タクロリムス軟膏・保湿剤) を塗布する

④ 十分な水量が確保できない時には、おしぼり、ウェットティッシュやおしりふき (アルコール成分なし) を用いる

* 保湿剤: ヒルドイドソフト、白色ワセリン、プロペトなど

感染症に注意

アトピー性皮膚炎でかかりやすい皮膚の感染症の場合は、抗生剤や抗ウイルス薬の内服、局所治療が必要なときがある



伝染性膿痂疹 (とびひ)



カポジ水痘様発疹症 (ヘルペス)

アレルギー性鼻炎・花粉症への対応

予防

- ホコリ、チリ、花粉を吸い込まない → マスクをする

治療

- くしゃみ、鼻汁（鼻水）を抑える → 抗ヒスタミン薬を内服する

アレグラ、アレジオン、エバステル、ジルテック、ザイザル、タリオン、アレロック、クラリチン、ビラノア、デザレックスなど非鎮静第2世代抗ヒスタミン薬が望ましい。

<注>第1世代抗ヒスタミン薬には、眠気や口渇などの副作用があり、抗コリン作用のため緑内障、前立腺肥大、気管支喘息には禁忌である。

内服薬単独で症状がコントロールできなければ鼻噴霧用ステロイド薬を併用する。

- 鼻づまりを抑える → 点鼻血管収縮薬を使用する
 - 鼻噴霧用ステロイド薬を使用する
 - 抗ヒスタミン薬を内服する

血管収縮薬は（プリピナ、コールタイジン、トラマゾリンなど）鼻粘膜血管に直接作用し充血、うっ血を抑制する。1回2～3滴。

<注>即効性があるが連用しない。2歳未満の乳幼児には禁忌である。

鼻噴霧用ステロイド薬（アラミスト、ナゾネックス）は1日1回、1回2噴霧点鼻する。12歳未満の小児には1回1噴霧点鼻する。

抗ヒスタミン薬と血管収縮薬配合剤（ディレグラ）を使用する。

<注>重症高血圧、重症冠動脈疾患、狭隅角緑内障などの患者には禁忌である。

鼻づまりによっていびき・睡眠障害が悪化することもあるので適切な対応が必要です。鼻づまりによる口呼吸は喘息に悪影響があります。

アレルギー性結膜炎・春季カタルへの対応

急性増悪時のチェックポイントと治療指針

- 1) アレルギー性結膜炎および春季カタルの重症度を把握する。
- 2) 避難所等での感染拡大予防のために、主にアデノウイルス性結膜炎との鑑別を行う。耳前リンパ節の腫脹または圧痛を伴う場合には注意する（アデノウイルス迅速診断キットを使用すると簡便）。
- 3) 異物混入が疑われる場合には洗眼を行う（上眼瞼を翻転し、眼瞼結膜を綿棒等で軽く擦過しながら洗浄）。

	臨床所見のチェック						治療		
	流涙 眼脂	眼瞼 腫脹	眼瞼炎	結膜 充血	結膜浮腫 結膜腫脹	その他	眼処置	処方	
アレルギー性 結膜炎	軽症	◎	×	×	◎	×		なし	抗アレルギー薬
	重症	◎	◎	◎	◎	◎		ステロイド 眼軟膏 [※]	抗アレルギー薬
春季カタル	◎	△	◎	◎	◎	巨大乳頭 輪部腫脹	ステロイド 眼軟膏 [※]	抗アレルギー薬 免疫抑制薬	
ウイルス性 結膜炎	◎	◎	×	◎	◎	耳前リンパ節 腫脹	なし	抗菌薬、非ステロ イド抗炎症薬	
結膜異物	◎	△	×	◎	◎	点状表層角膜炎・ 角膜びらん	洗浄	抗菌薬	

※ 処置用ステロイド眼軟膏：サンテゾーン、ネオメドロールEE、プレドニン

治療継続のためのケア

- 1) 治療薬の確認と処方を行う。
- 2) 処方薬を確認し、処方薬と同一の薬剤が処方できない場合には、以下の原則に則って処方を行う。
 - 点眼薬を抗アレルギー薬（メディエーター遊離抑制薬）、抗アレルギー薬（ヒスタミンH1受容体拮抗薬）、免疫抑制薬に分類し、同種同系間の変更は可とする。
 - 抗アレルギー薬（メディエーター遊離抑制薬）と抗アレルギー薬（ヒスタミンH1受容体拮抗薬）との間の変更は可とする。
 - 免疫抑制薬間（シクロスポリンとタクロリムス）の変更は可とする。
 - ステロイド点眼薬は、眼科診察（視力検査・眼圧検査・眼底検査）が行える施設での処方継続が望ましい。眼科検査による経過観察が不可能な場合には、処方を一時中止することを検討する。急性増悪によりやむをえずステロイド点眼薬を使用する場合には、0.1%フルオロメトロン点眼薬を1週間以内の使用にとどめる。

先発品	後発品	一般名	用法・用量
抗アレルギー点眼薬（メディエーター遊離抑制薬）			
インタール	アレギノン、オフタルギーなど	クロモグリク酸ナトリウム	1日4回・1回1～2滴
エリックス		アンレキサノクス	1日4回・1回1～2滴
アレギサル、ペミラストン	アラジオフ、ペミリドン	ペミロラスタカリウム	1日2回・1回1～2滴
リザベン	アレニスト、トラニラストなど	トラニラスト	1日4回・1回1～2滴
ケタス		イブジラスト	1日4回・1回1～2滴
セベリン		アヒタザノラスト水和物	1日4回・1回1～2滴
抗アレルギー点眼薬（ヒスタミンH1受容体拮抗薬）			
リボスチン	レボカバスチン	レボカバスチン	1日4回・1回1～2滴
ザジテン	ケトチフェン、フコサル、など	ケトチフェンフマル酸	1日4回・1回1～2滴
パタノール		オロパタジン塩酸塩	1日4回・1回1～2滴
アレジオン		エピナスチン塩酸塩	1日4回・1回1滴
免疫抑制点眼薬			
パピロック・ミニ		シクロスポリン	1日3回・1回1～2滴
タリムス		タクロリムス	1日2回・1回1～2滴

食物アレルギー（アナフィラキシー含む）への対応

アナフィラキシーへの対応

- 1) アドレナリン(ボスミン、あるいはエピペン)を大腿部中央の前外側に筋注
ボスミン 0.01ml/kg 最大量:小児 0.3mL、成人 0.5mL
- 2) 仰臥位、下肢挙上
- 3) 突然の体位変換を避ける
- 4) 必要により酸素投与(10L/分)
- 5) アドレナリンの効果が乏しい場合には
 - ① 5～15分間隔で同量のアドレナリン筋注を繰り返す
 - ② 急速輸液(生食 or 乳酸リンゲル液を最初の10分間で10～20ml/kg)を併用

※ 抗ヒスタミン薬やステロイド薬には速効性なし
 ※ β_2 刺激薬吸入は喉頭浮腫(嘔声、犬吠様咳嗽)に効果なし

参考: エピペンを所持する患者がエピペンを使用するタイミング(下記の1つ以上の症状があれば)

消化器症状	● 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	● 脈が触れにくい、不規則 ● ぐったりしている ● 尿や便を漏らす

災害時のアレルギー食対応

誤食を防ぐための指導

1. 非常食や炊き出しには、アレルギーの原因となる食物が混入している可能性があることを伝える。
2. 加工食品を食べる前には、原材料表示(鶏卵、牛乳、小麦、ソバ、ピーナッツ、エビ、カニは、微量の含有でも必ず表示されている)を確認するよう伝える。

アレルギー対応食品の配布

1. アレルギー食材を配布する取り組みがある場合には、患者に紹介する。
2. 牛乳アレルギー患者用粉ミルクは、牛乳アレルギー児に優先して配布する。
3. アルファ化米は、米アレルギーでなければ食物アレルギーの患児でも食べられる。ただし、五目ご飯等もあり、原材料表示には注意する。

災害派遣医療スタッフ向け アレルギー児対応マニュアル(日本小児アレルギー学会)より

災害派遣医療スタッフ向け アレルギー疾患対応マニュアル 発行にあたり

2011年の東日本大震災以降、日本アレルギー学会では災害時のアレルギー疾患に関する医療支援を行ってまいりました。この度その一環として、日本アレルギー協会と共同で発災後比較的早期に現場に駆けつける災害派遣医療スタッフ向けのアレルギー疾患対応マニュアルを作成しました。成人ならびに小児喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎・花粉症、アレルギー性結膜炎・春季カタル、そして食物アレルギーについて、それぞれ独立した形でA4用紙1~2枚にまとめましたので、被災地の必要性に応じてお使いいただければと思います。

また、災害時のアレルギー疾患への対応に関するその他の情報は、このマニュアルも含めて、日本アレルギー学会、日本アレルギー協会、日本小児アレルギー学会などのホームページからもダウンロードできますのでご活用ください。

平成29年4月

一般社団法人 日本アレルギー学会
理事長 斎藤博久
公益財団法人 日本アレルギー協会
理事長 宮本昭正

日本アレルギー学会 <http://www.jsaweb.jp/>

日本アレルギー協会 <http://www.jaanet.org>

日本小児アレルギー学会 <http://www.jspaci.jp>

【災害支援情報】

厚生労働省ホームページ「災害情報」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055967.html>

日本栄養士会ホームページ「災害支援」

<http://www.dietitian.or.jp/about/concept/jdadat/>

災害時WG委員一覧



一般社団法人 日本アレルギー学会

理事長	斎藤 博久	国立成育医療研究センター研究所
委員長/マニュアル作成	足立 雄一	富山大学医学部小児科
委員	小川 洋	福島県立医科大学耳鼻咽喉科
委員/マニュアル作成	後藤 稜	日本医科大学多摩永山病院耳鼻咽喉科
委員	末廣 豊	大阪府済生会中津病院小児科、免疫・アレルギーセンター
委員	寺本 貴英	寺本こどもクリニック
委員	中村 陽一	横浜市立みなと赤十字病院アレルギーセンター
委員	西村 善博	神戸大学医学部附属病院呼吸器内科
委員	松井 猛彦	村立東海病院小児科
委員/マニュアル作成	松倉 節子	恩賜財団済生会横浜市南部病院皮膚科
委員	三浦 克志	宮城県立こども病院アレルギー科
委員	山内 広平	岩手医科大学内科学講座呼吸器・アレルギー・膠原病内科分野
委員	山本 俊幸	福島県立医科大学皮膚科学講座
マニュアル作成	吾妻 雅彦	徳島大学大学院医歯薬学研究部医療教育開発センター 呼吸器・膠原病内科
マニュアル作成	庄司 純	日本大学医学部視覚科学系眼科学分野



公益財団法人 日本アレルギー協会

理事長	宮本 昭正	日本臨床アレルギー研究所
北海道支部長	有賀 正	北海道大学大学院医学研究科小児科学
東北支部長	一ノ瀬 正和	東北大学大学院医学系研究科内科病態学講座呼吸器内科学分野
北関東支部長	土橋 邦生	群馬大学大学院保健学研究科
関東支部長	足立 満	国際医療福祉大学臨床医学研究センター / 山王病院アレルギー内科
東海支部長	川部 勤	名古屋大学大学院医学系研究科医療技術学専攻病態解析学講座
北陸支部長	大嶋 勇成	福井大学医学系部門医学領域小児科学
関西支部長	東田 有智	近畿大学医学部呼吸器・アレルギー内科
中国支部長	宗田 良	国立病院機構南岡山医療センター
四国支部長	西岡 安彦	徳島大学大学院医歯薬学研究部呼吸器・膠原病内科学分野
九州支部長	西間 三馨	国立病院機構福岡病院



一般社団法人
日本アレルギー学会



公益財団法人
日本アレルギー協会

【成人】喘息

【小児】喘息

アトピー性皮膚炎

アレルギー性鼻炎・花粉症

アレルギー性結膜炎・春季カタル

食物アレルギー（アナフィラキシー含む）

2017年4月1日 第1版発行

編集 災害時の対応、支援活動に関するワーキンググループ

発行者 一般社団法人日本アレルギー学会 理事長 斎藤博久
公益財団法人日本アレルギー協会 理事長 宮本昭正

発行所 一般社団法人日本アレルギー学会
〒110-0005 東京都台東区上野1-13-3 MYビル4F
TEL：03-5807-1701 FAX：03-5807-1702
E-mail：info@jsaweb.jp URL：http://www.jsaweb.jp/

印刷所 株式会社 杏林舎

尚、本マニュアルでは便宜上、商標登録済みを示す®は省くこととした。