

■ 緊急時個別対応票（表）

年 組	名 前	原因食物
年 組		

初期対応

<input type="checkbox"/> 意識状態の確認 <input type="checkbox"/> 呼吸、心拍の確認	《意識レベルの低下》 がある場合、 速やかに呼吸・心拍の確認をし、 応じて心肺蘇生を行いながら 速やかに救急搬送する。 応じてエピペンを注射する。
<input type="checkbox"/> 食物が皮膚に触れて症状がある <input type="checkbox"/> 眼症状がある <input type="checkbox"/> 食物が口の中にある	→ 触れた皮膚を流水で洗い流す → 眼を流水で洗う → 食べ物を吐き出させて、十分にゆすぐ

- ※ 医療機関、消防署への情報伝達
1. 年齢、性別ほか患者の基本情報
 2. 食物アレルギーによるアナフィラキシー症状が現れていること
 3. どんな症状がいつから現れて、これまでに行った処置、またその時間
特に状態が悪い場合は、意識状態、顔色、心拍、呼吸数を伝えられると良い

- ※ 保護者への情報伝達
1. 食物アレルギー症状が現れたこと
 2. 応じて医療機関へ状況連絡し、救急搬送することなどの了承を得る
 3. 応じてエピペンを使用することの了承を得る
 4. 保護者が園や病院に来られるか確認する
 5. 応じて搬送先を伝え、搬送先に保護者が来られるか確認する

保護者 連絡先	名前・名称	続柄	連絡先

管理 状況	内服薬	有・無 保管場所()
	エピ ペン	有・無 保管場所()

指定救 急機関	救急	119
	所轄 消防署	名称 Tel ()
	主治医	医師名 Tel () カルテ No.
	園医	医師名 Tel ()
	搬送医 療機関	病院名 Tel () カルテ No.

園内 内線	園長室			
	職員室			

