

緊急時個別対応票（表）

年 月 日作成

組	名前	原因食品
組		

緊急時使用預かり

管理状況	エピペン®	有・無
		保管場所 () 有効期限 (年 月 日)
	内服薬	有・無
		保管場所 ()

緊急時対応の原則

以下の症状が一つでもあればエピペン®を使用し、救急車を要請

全身の症状

- ぐったり
- 意識もうろう
- 尿や便を漏らす
- 脈が触れにくいまたは不規則
- 唇や爪が青白い

呼吸器の症状

- のどや胸がしめ付けられる
- 声がかすれる
- 犬が吠えるような咳
- 息がしにくい
- 持続する強い咳き込み
- ゼーゼーする呼吸

消化器の症状

- 持続する強い(がまんできない)お腹の痛み
- 繰り返し吐き続ける

緊急時の連絡先

医療機関・消防機関

救急(緊急)	119
搬送医療機関	名称
	電話 ()
搬送医療機関	名称
	電話 ()

医療機関、消防署への伝達内容

- 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
- ※その際、可能であれば本対応票を救急隊と共有することも有効

保護者連絡先

名前・名称	続柄	連絡先

保護者への伝達・確認内容

- 1.食物アレルギー症状が現れたこと
- 2.症状や状況に応じて、医療機関への連絡や、救急搬送すること
- 3.(症状により)エピペン使用を判断したこと
- 4.保護者が園や病院に来られるかの確認
- 5.(救急搬送等の場合)搬送先を伝え、搬送先に保護者が来られるか確認

経過記録票

(氏名) _____ (生年月日) 年 月 日 (歳 か月)

1. 誤食時間	年 月 日 時 分
2. 食べたもの	
3. 食べた量	
4. 保育所で行った処置	【エピペン®】 エピペン®の使用 あり・なし 時 分
	【内服薬】 使用した薬() 時 分
	【その他】 ・口の中を取り除く ・うがいをさせる ・手を洗わせる ・触れた部位を洗い流す

◆症状のチェックは緊急性が高い、左の欄から行う(■⇒■⇒■)

5. 症状	全身	<input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 意識がもうろう <input type="checkbox"/> 尿や便を漏らす <input type="checkbox"/> 脈が触れにくいまたは不規則 <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い		
	呼吸器	<input type="checkbox"/> のどや胸が締め付けられる <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 犬が吠えるような声 <input type="checkbox"/> 息がしにくい <input type="checkbox"/> 持続する強い咳き込み <input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸	<input type="checkbox"/> 数回の軽い咳	
	消化器	<input type="checkbox"/> 持続する(がまんできない)お腹痛みの痛み <input type="checkbox"/> 繰り返し吐き続ける	<input type="checkbox"/> 中等度のお腹痛みの痛み <input type="checkbox"/> 1~2回の嘔吐 <input type="checkbox"/> 1~2回の下痢	<input type="checkbox"/> 軽い(がまんできる)お腹痛みの痛み <input type="checkbox"/> 吐き気
	目・鼻・口・顔	<div style="background-color: red; color: white; text-align: center; padding: 5px;"> 上記の症状が 1つでも当てはまる場合 </div>	<input type="checkbox"/> 顔全体の晴れ <input type="checkbox"/> まぶたの晴れ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ、充血 <input type="checkbox"/> 口の中の違和感 <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、鼻づまり
	皮膚		<input type="checkbox"/> 強いかゆみ <input type="checkbox"/> 全身に広がるじんま疹 <input type="checkbox"/> 全身が真っ赤	<input type="checkbox"/> 軽度のかゆみ <input type="checkbox"/> 数個のじんま疹 <input type="checkbox"/> 部分的な赤み

ただちに緊急対応

1つでも当てはまる場合
速やかに医療を受診

1つでも当てはまる場合
安静にし、注意深く経過観察

6. 症状の経過	時間	症状	脈拍 (回/分)	呼吸数 (回/分)	その他の症状・状態等把握した事項
	※少なくとも5分ごとに注意深く観察	:			
:					
:					
:					
:					
:					

7. 記録者名				
8. 医療機関	医療機関名	主治医名	電話番号	備考(ID番号等)