

食物アレルギー緊急時個別対応票

【摂取・接触状況】

(発生日時； 年 月 日 AM・PM :)

原因食品	
摂取・接触状況	

本人の写真を貼る
(必要な場合のみ)

【様式4】保育所記入用

(フリガナ)
子どもの氏名

	具体的症状 *症状ある項目に○印	対応方法 *対応した場合は□に✓印、() 内には必要事項を記入
重症	<ul style="list-style-type: none"> のどや胸がつかえる 声がかすれる 強い腹痛 何度も吐く ゼーゼー、ヒューヒュー 苦しさ 顔色が悪くなる ぐったり 意識消失 など 	<input type="checkbox"/> 複数の人を呼ぶ(携帯などを持参すると便利) <input type="checkbox"/> 本人で間違いがないかを複数人で確認する
		<input type="checkbox"/> 蘇生術を実施する …(対応した時間 : /対応者)
		<input type="checkbox"/> 救急車を要請し、医療機関を受診する …(対応した時間 : /対応者) <input type="checkbox"/> エピペンを用意し、必要に応じて接種 …(対応した時間 : /対応者) <input type="checkbox"/> 医療機関を受診する …(対応した時間 : /対応者)
中等度	<ul style="list-style-type: none"> 全身のじんましん 強いかゆみ 強い顔のむくみ 複数回の嘔吐 強い咳 など 	<input type="checkbox"/> 緊急薬を内服する …(対応した時間 : /対応者) <input type="checkbox"/> (主治医・園医)に連絡し指示を受ける …(対応した時間 : /対応者) <input type="checkbox"/> 保護者と連絡を取る …(対応した時間 : /対応者)
		<input type="checkbox"/> 安静にし、厳重に経過観察 *症状が進まなくても最低1時間 …(対応した時間 : /対応者) <input type="checkbox"/> 皮膚に付着したり、眼に入った食品は良く洗い流す *目の場合は眼科を受診 …(対応した時間 : /対応者) <input type="checkbox"/> 口の中の食品は、取り出してうがいをさせる …(対応した時間 : /対応者)
軽症	<ul style="list-style-type: none"> 口や目の周りなどのじんましん かゆみ 口やのどの違和感 口唇やまぶたの腫れ 吐き気 軽い腹痛 鼻水 軽い咳 など 	<input type="checkbox"/> 状況によって順序の変更や同時進行する必要があります

*対応は複数人で役割分担し対応すること(対応・連絡・記録など)

○投薬・エピペンが処方されている場合は事前に記載する

(記入日； 年 月 日)

保護者連絡先	氏名(続柄)	電話番号	連絡先
			自宅・職場・携帯
			自宅・職場・携帯
			自宅・職場・携帯

管理状況	内服薬	有 ・ 無
		保管場所 ()
エピペン	有 ・ 無	
	保管場所 () *常温で保管すること	

指定救急機関	救急	119
	所轄消防署	施設名； TEL；
	主治医	施設名； 医師名； TEL；
	園医	施設名； 医師名； TEL；
	搬送医療機関	施設名； 医師名； TEL；

内線	施設長室		
----	------	--	--

□様式4を保育室に保管する場合は、保護者に了承を得ること

(了承を得た日； 年 月 日)