

■ 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(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬)・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
脈が触れにくいたるまたは不規則
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
声がかずれる
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

■緊急時個別対応票(裏)

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	<p>【エピペン®】 エピペン®の使用 あり・なし 時 分</p> <p>【内服薬】 使用した薬() 時 分</p> <p>【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</p>																						
<p>◆症状のチェックは緊急性が高い、左の欄から行う(■⇒■⇒■)</p> <table border="1"> <tr> <td style="background-color: #f08080;">全身</td> <td> <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"/>脈が触れにくいたるまたは不規則 <input type="checkbox"/>唇や爪が青白い </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f08080;">呼吸器</td> <td> <input type="checkbox"/>のどや胸が締め付けられる <input type="checkbox"/>声がかずれる <input type="checkbox"/>犬が吠えるような咳 <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 </td> <td style="background-color: #ffffcc;">□数回の軽い咳</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f08080;">消化器</td> <td> <input type="checkbox"/>持続する(がまんできない)お腹の痛み <input type="checkbox"/>繰り返し吐き続ける </td> <td> <input type="checkbox"/>中等度のお腹の痛み <input type="checkbox"/>1~2回の嘔吐 <input type="checkbox"/>1~2回の下痢 </td> <td> <input type="checkbox"/>軽い(がまんできる)お腹の痛み <input type="checkbox"/>吐き気 </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f08080;">目・鼻・口・顔</td> <td></td> <td> <input type="checkbox"/>顔全体の晴れ <input type="checkbox"/>まぶたの晴れ </td> <td> <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 </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f08080;">皮膚</td> <td> <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 </td> <td></td> <td> <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 </td> </tr> </table>				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"/> 脈が触れにくいたるまたは不規則 <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"/> 声がかずれる <input type="checkbox"/> 犬が吠えるような咳 <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	□数回の軽い咳		消化器	<input type="checkbox"/> 持続する(がまんできない)お腹の痛み <input type="checkbox"/> 繰り返し吐き続ける	<input type="checkbox"/> 中等度のお腹の痛み <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)お腹の痛み <input type="checkbox"/> 吐き気	目・鼻・口・顔		<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
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"/> 脈が触れにくいたるまたは不規則 <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"/> 声がかずれる <input type="checkbox"/> 犬が吠えるような咳 <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	□数回の軽い咳																					
消化器	<input type="checkbox"/> 持続する(がまんできない)お腹の痛み <input type="checkbox"/> 繰り返し吐き続ける	<input type="checkbox"/> 中等度のお腹の痛み <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)お腹の痛み <input type="checkbox"/> 吐き気																				
目・鼻・口・顔		<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																				
		1つでも当てはまる場合	1つでも当てはまる場合																				
		ただちに緊急対応	速やかに医療を受診																				
		安静にし、注意深く経過観察																					

6. 症状の経過	時間	症状	脈拍	呼吸数	その他の症状・状態等把握した事項
			(回／分)	(回／分)	
：	：	：	：	：	
：	：	：	：	：	
：	：	：	：	：	
：	：	：	：	：	
：	：	：	：	：	
：	：	：	：	：	

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