

## ■ 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

- 年齢、性別ほか患者の基本情報
  - 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
  - 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

- 食物アレルギー症状が現れたこと
- 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
- (症状により)エピペン使用を判断したこと
- 保護者が園や病院に来られるかの確認
- (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	<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	上記の症状が 1つでも当てはまる場合	<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
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 (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)