■緊急時個別対応票（表） 　　　　　　　　年　　月　　日作成

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| クラス | 名　前 | 原因物質 |
|  |  |  |

緊急時に備えた与薬の預かり

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 管理  状況 | エピペンⓇ | 有 ・ 無 | |
| 保管場所 | 有効期限 |
| 内服薬  （薬名：　　　　　　） | 有 ・ 無 | |
| 保管場所 | |

緊急時対応の原則

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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☐ゼーゼーする呼吸  ☐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 |

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

緊急時の連絡先

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

医療機関、消防署への伝達内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関・消防機関 | | |
| 救急(緊急) | **１１９** | |
| 搬送医療機関① | 名称 |  |
| 電話 |  |
| 搬送医療機関② | 名称 |  |
| 電話 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保護者連絡先 | | |
| 名前 | **続柄** | **連絡先** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

保護者への伝達・確認内容

(R6.7)

■緊急時個別対応票（裏）　　　　　　　経過記録表

（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Ⓡ | 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 | | | | | | | | |
| 5.症状 | ◆症状のチェックは緊急性が高い、左の欄から行う（■⇒■⇒■） | | | | | | | | | |
| 全身 | | □ぐったり  □意識がもうろう  □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 | | □のどや胸が締め付けられる  □声がかすれる  □犬が吠えるような席  □息がしにくい  □持続する強い咳き込み  □ゼーゼーする呼吸 | | □数回の軽い | | | |  | |
| 消化器 | | □持続する（がまんできない）  お腹の痛み  □繰り返し吐き続ける  上記の症状が  １つでも当てはまる場合  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 | | □中等度のお腹の痛み  □１～２回の嘔吐  □１～２回の下痢 | | | | □軽い（がまんできる）お腹の  痛み  □吐き気 | |
| 目・鼻・口・顔 | |  | | □顔全体の晴れ  □まぶたの晴れ | | | | □目のかゆみ、充血  □口の中の違和感  □くしゃみ、鼻水、鼻づまり | |
| 皮膚 | |  | | □強いかゆみ  □全身に広がるじんま疹  □全身が真っ赤 | | | | □軽度のかゆみ  □数個のじんま疹  □部分的な赤み | |
|  | | | | | | | | | |
| 6.症状の経過  ※少なくとも  　５分ごとに  　注意深く  　観察 | 時間 | 症状 | | | | | 脈拍  (回／分) | 呼吸数  (回／分) | | その他の症状」・状態等を把握した事項 |
| ： |  | | | | |  |  | |  |
| ： |  | | | | |  |  | |  |
| ： |  | | | | |  |  | |  |
| ： |  | | | | |  |  | |  |
| ： |  | | | | |  |  | |  |
| ： |  | | | | |  |  | |  |
| ： |  | | | | |  |  | |  |
| 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 | | | |
|  |  | |  | | |  | | | |

(R6.7)