

緊急対応経過記録票(食物アレルギー用)

記載者名 ()

クラス	年 組	性 別
児童生徒名		男 ・ 女

1	食べた(摂取した)時刻	令和 年 月 日 時 分			
2	食べた(摂取した)状況 (皮膚につく、眼に入る等も含む)	食べた・摂取したもの()・量()・場所()			
3	時 分	処置	処置	<input type="checkbox"/> 口の中のものを取り除く <input type="checkbox"/> うがいをする <input type="checkbox"/> 手を洗う <input type="checkbox"/> 眼や顔を洗う <input type="checkbox"/> その場で安静にさせる <input type="checkbox"/> 保健室へ搬送	
	時 分		薬の使用	薬()を内服・吸入	
	時 分		エピペン [®]	エピペン [®] ありの場合 <input type="checkbox"/> エピペン [®] 使用に備え取り出した <input type="checkbox"/> 本人に持たせた	
	時 分		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	エピペン [®] を注射した場合 <input type="checkbox"/> 本人が注射した <input type="checkbox"/> 本人以外()が注射した	
4	時 分	保護者へ連絡	内容()		
5	時 分	主治医等へ連絡	内容()		
6	時 分	救急車要請	時 分	救急車到着	
7	時 分	救急車発車	搬送先医療機関()		

確認された症状について

時間	症状(該当症状に、出現○・消失×) 赤字は重症(エピペン [®] 適用)				その他の症状	使用薬・脈拍数・血圧
	皮膚粘膜症状	消化器症状	呼吸器症状	全身状態		
時 分	・じんましん ・発赤(一部、全身) ・かゆみ(軽い、強い) ・目、唇の腫れ	・口腔内の違和感 ・かゆみ ・腹痛(軽度、激しい) ・吐き気 ・嘔吐または下痢 (1回、2回以上)	・咳、(軽い、頻回) ・喉が締めつけられる ・声がれ ・鼻水 ・息苦しい ・ゼーゼー	・やや元気がない ・ぐったり ・唇や爪が青白い ・意識障害 ・失禁 ・脈が触れにくい		
時 分	・じんましん ・発赤(一部、全身) ・かゆみ(軽い、強い) ・目、唇の腫れ	・口腔内の違和感 ・かゆみ ・腹痛(軽度、激しい) ・吐き気 ・嘔吐または下痢 (1回、2回以上)	・咳、(軽い、頻回) ・喉が締めつけられる ・声がれ ・鼻水 ・息苦しい ・ゼーゼー	・やや元気がない ・ぐったり ・唇や爪が青白い ・意識障害 ・失禁 ・脈が触れにくい		
時 分	・じんましん ・発赤(一部、全身) ・かゆみ(軽い、強い) ・目、唇の腫れ	・口腔内の違和感 ・かゆみ ・腹痛(軽度、激しい) ・吐き気 ・嘔吐または下痢 (1回、2回以上)	・咳、(軽い、頻回) ・喉が締めつけられる ・声がれ ・鼻水 ・息苦しい ・ゼーゼー	・やや元気がない ・ぐったり ・唇や爪が青白い ・意識障害 ・失禁 ・脈が触れにくい		
時 分	・じんましん ・発赤(一部、全身) ・かゆみ(軽い、強い) ・目、唇の腫れ	・口腔内の違和感 ・かゆみ ・腹痛(軽度、激しい) ・吐き気 ・嘔吐または下痢 (1回、2回以上)	・咳、(軽い、頻回) ・喉が締めつけられる ・声がれ ・鼻水 ・息苦しい ・ゼーゼー	・やや元気がない ・ぐったり ・唇や爪が青白い ・意識障害 ・失禁 ・脈が触れにくい		
時 分	・じんましん ・発赤(一部、全身) ・かゆみ(軽い、強い) ・目、唇の腫れ	・口腔内の違和感 ・かゆみ ・腹痛(軽度、激しい) ・吐き気 ・嘔吐または下痢 (1回、2回以上)	・咳、(軽い、頻回) ・喉が締めつけられる ・声がれ ・鼻水 ・息苦しい ・ゼーゼー	・やや元気がない ・ぐったり ・唇や爪が青白い ・意識障害 ・失禁 ・脈が触れにくい		
9	その他					

救急車(119番)に伝える内容 救急車要請者名()

患者の名前は・・・()です。()歳です。
 学校名は・・・()学校、学校の電話番号は()です。 } ※事前に記入
 学校の所在地()です。
 患者は・・・()を摂取し、アレルギー症状が出ています。

●患者は「エピペン[®]」を処方

・エピペン [®] を ・意識は ・呼吸は ・じんましんは ・嘔吐や下痢は	<input type="checkbox"/> されています <input type="checkbox"/> 注射しました <input type="checkbox"/> あります <input type="checkbox"/> 普通になっています <input type="checkbox"/> 全身に出ています <input type="checkbox"/> あります	<input type="checkbox"/> されていません <input type="checkbox"/> 注射していません <input type="checkbox"/> ありません <input type="checkbox"/> 苦しそうにしています <input type="checkbox"/> していません <input type="checkbox"/> 体の一部に出ています <input type="checkbox"/> ありません
--	---	---