

## ■緊急時個別対応票(裏)

## 経過記録票

## 様式3(裏)

名前:

生年月日: 年 月 日 (歳 か月)

誤食時間: 年 月 日 ( : )

食べた物、量:

## ①子どもに異変



- 子どもから目を離さない  
ほかの職員を呼ぶ

## ②緊急性の高い症状はあるか

※5分以内に判断する

なし

## ③症状をチェックし、下記に記した対応



全身	<input type="checkbox"/> ぐったり ( : )		薬がない場合の基本的対処法
	<input type="checkbox"/> 意識もうろう ( : )		<input type="checkbox"/> のイガイガ →口をすぐ
	<input type="checkbox"/> 尿や便を漏らす ( : )		 アレルゲンに 触れた手を洗う
	<input type="checkbox"/> 脈が触れにくい/不規則 ( : )		 目がかゆい →洗う・冷やす
	<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"/> 数回の軽い咳 ( : )	
	<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 ( : )		
消化器	<input type="checkbox"/> 持続する強いお腹の痛み ( : ) (がまんできない)	<input type="checkbox"/> 中等度の お腹の痛み	<input type="checkbox"/> 軽いお腹の痛み ( : ) (がまんできる) ( : )
	<input type="checkbox"/> 繰り返し吐き続ける ( : )	<input type="checkbox"/> 1~2回の嘔吐 ( : )	<input type="checkbox"/> 吐き気 ( : )
		<input type="checkbox"/> 1~2回の下痢 ( : )	
目・ 鼻・ 口	上記の症状が 1つでも当てはまる場合		<input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ ( : )
			<input type="checkbox"/> まぶたの腫れ ( : )
皮膚		<input type="checkbox"/> 強いかゆみ ( : )	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ、充血 ( : )
		<input type="checkbox"/> 全身に広がるじんま疹 ( : )	<input type="checkbox"/> 口の中の違和感、 ( : )
		<input type="checkbox"/> 全身が真っ赤 ( : )	<input type="checkbox"/> 唇の腫れ <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、鼻づまり ( : )

1つでも当てはまる場合

1つでも当てはまる場合

## 緊急対応

- ただちにエピペン<sup>®</sup>使用  
使用時間( : )  
 救急車要請(119番)  
 その場で安静を保つ体位を  
とり動かさない  
 可能なら薬を飲む  
( : )を( : )に飲んだ  
( : )を( : )に飲んだ

呼吸・反応なし

## 速やかに医療機関を受診

- エピペン<sup>®</sup>準備  
 薬を飲む  
( : )を( : )に飲んだ  
( : )を( : )に飲んだ  
 すぐ受診(救急車要請可)

## 安静にし注意深く経過観察

- 「基本的対処法」実施  
 薬を飲む  
( : )を( : )に飲んだ  
( : )を( : )に飲んだ  
 安静にして5分おきに症状  
チェック  
 1時間以内に症状の改善  
がなければ受診する

□心肺蘇生

:

□AED使用

:

記録者:

保育園等で行った その他の処置・連絡	<input type="checkbox"/> 口の中のものを取り除く	<input type="checkbox"/> うがいをさせる	<input type="checkbox"/> 手を洗わせる	<input type="checkbox"/> 触れた部位を洗い流す
	<input type="checkbox"/> 保護者への連絡	<input type="checkbox"/> 主治医・嘱託医への連絡	<input type="checkbox"/> 管理者への連絡	
医療機関	医療機関名	主治医名	電話番号	備考(ID番号等)