

## ■ 緊急時個別対応票(裏)

様式3(裏)

## 経過記録票

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

なし

## ③症状をチェックし、下記に記した対応

※5分以内に判断する

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 ( : )		
呼吸器	<input type="checkbox"/> 尿や便を漏らす ( : )	<input type="checkbox"/> 数回の軽い咳 ( : )	<input type="checkbox"/> のイガイガ → <input type="checkbox"/> をすすぐ  アレルゲンに 触れた手を洗う  目がかゆい →洗う・冷やす
	<input type="checkbox"/> 脈が触れにくい/不規則 ( : )		
消化器	<input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い ( : )	<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"/> 吐き気 ( : )
	<input type="checkbox"/> のどや胸が締め付けられる ( : )		
目・鼻・口・顔	<input type="checkbox"/> 声がかすれる ( : )	<input type="checkbox"/> 1～2回の嘔吐 ( : )	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ、充血 ( : ) <input type="checkbox"/> □の中の違和感、 唇の腫れ <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、鼻づまり ( : )
	<input type="checkbox"/> 犬が吠えるような咳 ( : )		
皮膚	<input type="checkbox"/> 息がしにくい ( : )	<input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ ( : )	<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 ( : )
	<input type="checkbox"/> 持続する強い咳き込み ( : )		
皮膚	<input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸 ( : )	<input type="checkbox"/> まぶたの腫れ ( : )	
	<input type="checkbox"/> 持続する強いお腹の痛み ( : ) (がまんできない)		
皮膚	<input type="checkbox"/> 繰り返し吐き続ける ( : )	<input type="checkbox"/> 強いのかゆみ ( : )	
	<input type="checkbox"/> 繰り返す下痢 ( : )		
皮膚	上記の症状が 1つでも当てはまる場合	<input type="checkbox"/> 全身に広がるじんま疹 ( : ) <input type="checkbox"/> 全身が真っ赤 ( : )	1つでも当てはまる場合

## 緊急対応

- ☐ ただちにエピペン®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®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 □ うがいをさせる □ 手を洗わせる □ 触れた部位を洗い流す			
	<input type="checkbox"/> □保護者への連絡 □ 主治医・囑託医への連絡 □ 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)