

緊急時個別対応票(表)

年 月 日 作成

様式3(表)

組	名前	原因食品

保護者 連絡先	名前・名称	続柄	連絡先

初期対応	
<input type="checkbox"/>	食物が皮膚に触れて症状がある ⇒触れた皮膚を流水で洗い流す
<input type="checkbox"/>	眼症状がある ⇒眼を流水で洗う
<input type="checkbox"/>	食物が口の中にある ⇒食べ物を吐き出させて、十分にゆすぐ
<input type="checkbox"/>	意識状態の確認 * 安静、厳重に経過観察
<input type="checkbox"/>	呼吸、心拍の確認 * 子どもを一人にしない

管理状況	内服薬	有 ・ 無 保管場所()
	エピペン®	有 ・ 無 保管場所() 有効期限(年 月 日)

緊急時対応の原則		
全身の症状	ぐったりしている 意識がもうろうとしている 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	左記の症状が 一つでもあれば エピペン®を使用し、 救急車を要請 ただちに救急車で 医療機関へ搬送
呼吸器の症状	のどや胸が締め付けられる 声がかすれる 犬が吠えるような咳 息がしにくい 持続する強い咳きこみ ゼーゼーする呼吸	
の消化器	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	

指定 救急 機関	救急	119	
	所轄 消防署	名称 電話	
	主治医	医師名 電話	
	嘱託医	医師名 電話	
	搬送医 療機関	名称 電話	

●保護者への伝達・確認内容

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

●医療機関、消防署への伝達内容

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われて、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