

■ 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 ( : )		<input type="checkbox"/> のイガイガ → <input type="checkbox"/> をすすぐ	
呼吸器	<input type="checkbox"/> 尿や便を漏らす ( : )	<input type="checkbox"/> 数回の軽い咳 ( : )	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 ( : )		<input type="checkbox"/> 1~2回の嘔吐 ( : )	
目・鼻・口	<input type="checkbox"/> 声がかすれる ( : )	<input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ ( : )	<input type="checkbox"/> 口の中の違和感、 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 ( : )		<input type="checkbox"/> 1~2回の下痢 ( : )	
皮膚	<input type="checkbox"/> 息がしにくい ( : )	<input type="checkbox"/> まぶたの腫れ ( : )	<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 ( : )		<input type="checkbox"/> 強いかゆみ ( : )	
	<input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸 ( : )	<input type="checkbox"/> 全身に広がるじんま疹 ( : )	<input type="checkbox"/> 数個のじんま疹 ( : )	
	<input type="checkbox"/> 持続する強いお腹の痛み ( : ) (がまんできない)	<input type="checkbox"/> 全身が真っ赤 ( : )	<input type="checkbox"/> 部分的な赤み ( : )	

上記の症状が  
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	<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・囑託医への連絡	<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)