

緊急対応経過記録票（食物アレルギー用）（例）

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	<input type="checkbox"/> □□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	処置	薬の使用	薬()を内服・吸入	
	時 分		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	□あり □なし	エピペンを注射した場合 □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	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 酸素飽和度
	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 ・声かれ ・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 ・声かれ ・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 ・声かれ ・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 ・声かれ ・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 ・声かれ ・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。
 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。
 ※事前に記入

●患者は「エピペン」を処方

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