（緊急時個別対応票）【表面】（13 頁参照）

■ 緊急時個別対応票（表）

年　　月　　日作成

組	名　前	原因食品
組		

緊急時使用預かり

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

緊急時対応の原則

以下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

全身の症状
- □ぐったり
- □意識もうろう
- □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

呼吸器の症状
- □のどや胸がしめ付けられる
- □声がかすれる
- □犬が吠えるような咳
- □息がしにくい
- □持続する強い咳き込み
- □ゼーゼーする呼吸

消化器の症状
- □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

緊急時の連絡先

医療機関・消防機関

救急（緊急）		119
搬送医療機関	名称	
	電話	（　　）
搬送医療機関	名称	
	電話	（　　）

保護者連絡先

名前・名称	続柄	連絡先

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

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

（緊急時個別対応票）【裏面】（13 頁参照）

■緊急時個別対応票（裏）　　**経過記録票**

（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　（生年月日）　　年　　月　　日（　　歳　　か月）

1．誤食時間	年　月　日　時　分	
2．食べたもの		
3．食べた量		
4．保育所で行った処置	【エピペン®】	エピペン®の使用　あり ・ なし　　時　　分
	【内服薬】	使用した薬（　　　　　　）　　時　　分
	【その他】	・口の中を取り除く　・うがいをさせる　・手を洗わせる　・触れた部位を洗い流す

5．症状

※「症状チェックシート」（ガイドラインP●）参照

◆症状のチェックは緊急性が高い、左の欄から行う（■⇒■⇒■）

全身	□ぐったり □意識がもうろう □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		
呼吸器	□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 □持続する強い咳き込み □ゼーゼーする呼吸	□数回の軽い咳	
消化器	□持続する（がまんできない）お腹の痛み □繰り返し吐き続ける	□中等度のお腹の痛み □１～２回の嘔吐 □１～２回の下痢	□軽い（がまんできる）お腹の痛み □吐き気
目・鼻・口・顔	上記の症状が １つでも当てはまる場合	□顔全体の晴れ □まぶたの晴れ	□目のかゆみ、充血 □口の中の違和感 □くしゃみ、鼻水、鼻づまり
皮膚		□強いかゆみ □全身に広がるじんま疹 □全身が真っ赤	□軽度のかゆみ □数個のじんま疹 □部分的な赤み
	ただちに緊急対応	１つでも当てはまる場 速やかに医療を受診	１つでも当てはまる場合 安静にし、注意深く経過観察

6．症状の経過

※少なくとも5分ごとに注意深く観察

時間	症状	脈拍（回／分）	呼吸数（回／分）	その他の症状・状態等把握した事項
：				
：				
：				
：				
：				
：				
：				

7．記録者名

8．医療機関

医療機関名	主治医名	電話番号	備考（ID番号等）