

年 組 氏名 ( )

6 緊急時計画及び経過記録票

- (1) 誤食・症状がみられたら、その場を動かさず、離れず、応援職員を呼び、経過観察
- (2) 何をどれくらい食べたか、把握する ( )
- (3) 初期対応 ①安静(足を高くして寝かせる) ②うがい ③手洗い ④洗顔 ⑤洗眼

観察を開始した時刻( 時 分)内服した時刻( 時 分)エピペン®を使用した時刻( 時 分)

全身の症状	<input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 意識もうろう <input type="checkbox"/> 尿や便を漏らす <input type="checkbox"/> 脈が触れにくいまたは不規則 <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い		
呼吸器の症状	<input type="checkbox"/> のどや胸が締め付けられる <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 犬が吠えるような咳 <input type="checkbox"/> 息がしにくい <input type="checkbox"/> 持続する強い咳き込み <input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸	<input type="checkbox"/> 数回の軽い咳	
消化器の症状	<input type="checkbox"/> 持続する強い(がまんできない)お腹の痛み <input type="checkbox"/> 繰り返し吐き続ける	<input type="checkbox"/> 中等度のお腹の痛み <input type="checkbox"/> 1～2回のおう吐 <input type="checkbox"/> 1～2回の下痢	<input type="checkbox"/> 軽いお腹の痛み(がまんできる) <input type="checkbox"/> 吐き気
目・口・鼻・顔面の症状	上記の症状が 1つでもあてはまる場合	<input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ <input type="checkbox"/> まぶたの腫れ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ、充血 <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
皮膚の症状		<input type="checkbox"/> 強いかゆみ <input type="checkbox"/> 全身に広がるじんま疹 <input type="checkbox"/> 全身が真っ赤	<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
		1つでもあてはまる場合	1つでもあてはまる場合

①ただちにエピペン®を使用する  
 ②救急車を要請する(119番通報)  
 ③その場で安静を保つ(立たせたり、歩かせたりしない)  
 ④その場で救急隊を待つ  
 ⑤可能なら内服薬を飲ませる

**B 緊急性の判断と対応 B-2参照**

ただちに救急車で医療機関へ搬送

①内服薬を飲ませ、エピペン®を準備する  
 ②速やかに医療機関を受診する(救急車の要請も考慮)  
 ③医療機関に到着するまで、5分ごとに症状の変化を観察し、  の症状が1つでもあてはまる場合、エピペン®を使用する

速やかに医療機関を受診

①内服薬を飲ませる  
 ②少なくとも1時間は5分ごとに症状の変化を観察し、症状の改善がみられない場合は医療機関を受診する

安静にし、注意深く経過観察

119 救急車をお願いします。  
 住所は上越市〇〇〇〇〇〇。上越市立〇〇〇 学校です。  
 〇才男子が食物アレルギーの症状を起こしています。  
 エピペン®を携帯しています。(使用の有無) 〇〇医院に連絡しています。  
 折り返しの連絡先は「氏名 電話番号」です。

かかりつけ医療機関：	主治医：	医師 TEL：
緊急連絡先	電話番号	備考
自宅		
保護者携帯① 続柄( )		勤務先等
保護者携帯② 続柄( )		勤務先等