

# 食物アレルギー緊急時個別対応経過記録票

保育所 \_\_\_\_\_ 歳 組 氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 記録者( \_\_\_\_\_ )

|                             |                 |  |  |                                 |   |   |
|-----------------------------|-----------------|--|--|---------------------------------|---|---|
| 食べた(誤食)時刻                   |                 |  | 発症時刻   | 時                               | 分   |   |
| 食べたもの・量<br>(皮膚につく、眼に入る等も含む) |                 |  |  |                                 |   |   |
| 初期症状                        | 皮膚              | 目・口・鼻・顔面   | 消化器  | 呼吸器                             | 全身  |   |
|                             |                 |  |  |                                 |   |   |
| 症状と対応の経過                    | 児の状態 ※5分ごとに症状記録 |  |  | 対応・備考                           |   |   |
| 経過観察                        | 時 分             | 発見、観察開始  |  |                                 |   |   |
|                             | 時 分             |  |  |                                 |   |   |
|                             | 時 分             |  |  |                                 |   |   |
|                             | 時 分             |  |  |                                 |   |   |
|                             | 時 分             |  |  |                                 |   |   |
|                             | 時 分             |  |  |                                 |   |   |
|                             | 時 分             |  |  |                                 |   |   |
| 処置                          | 時 分             | 手当て  | <input type="checkbox"/> 食べ物を吐き出す <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<br><input type="checkbox"/> 安静にする <input type="checkbox"/> ショック体位(仰向けで足を15cm上げる) |                                 |   |   |
|                             | 時 分             | 緊急時処方薬   | 薬( )を内服・吸入   |                                 |   |   |
|                             | 時 分             |  | 薬( )を内服・吸入   |                                 |   |   |
| 時 分                         | エピペン            | <input type="checkbox"/> 有り ( )が注射した <input type="checkbox"/> 無し |  |                                 |   |   |
| 連絡                          | 時 分             | 保護者連絡  | 内容( )  |                                 |   |   |
|                             | 時 分             | 主治医連絡  | 内容( )  |                                 |   |   |
| 救急車                         | 時 分             | 救急車要請  | 時 分  | 救急車到着                           | 付き添い者：  |   |
|                             | 時 分             | 医療機関到着   | 搬送先医療機関：   |                                 |   |   |
| その他参考(既往歴・体調等)              |                 |  |  |                                 |   |   |
| 症状                          | 軽度<br>経過観察      | 皮膚   | 目・口・鼻・顔面   | 消化器                             | 呼吸器   | 全身  |
|                             | 中等度<br>医療機関     | ・軽度のかゆみ<br>・数個のじんま疹<br>・部分的な赤み                                   | ・目のかゆみ、充血<br>・口の中の違和感、唇の腫れ<br>・くしゃみ、鼻水、鼻づまり  | ・軽度の腹痛(がまんできる)<br>・吐き気          | ・単発的な咳  |   |
|                             | 重症<br>救急車       | ・強いかゆみ<br>・全身に広がるじんましん<br>・全身が真っ赤                                | ・まぶたの腫れ<br>・顔全体の腫れ<br>・多量の鼻水、強い鼻づまり  | ・持続する腹痛<br>・1~2回の嘔吐<br>・1~2回の下痢 | ・数回の軽い咳<br>・持続する強い咳き込み<br>・ゼーゼーする呼吸<br>・声がかすれる<br>・のどや胸の締め付けられる | ・ぐったり<br>・意識もうろう<br>・尿や便を漏らす<br>・脈が触れにくい又は不規則<br>・唇や爪が青白い |