

様式4

食物アレルギー緊急時個別対応カード

年 月 日

〇〇立〇〇学校

年 組	氏名	男・女	年 月 日生
住所		自宅	

【緊急時個別対応経過表】

記載者氏名 ()

1	食べた(摂取した)時刻	年 月 日 (時 分)		
2	食べた(摂取した)状況	食べた(摂取した)物 () 量 () 場所 () 状況 ()		
3	症 状 (確認された症状に○)	軽 度 (時 分頃から出現)		
		[皮 膚] ・限られた範囲のかゆみ ・じんま疹 (部分的に赤い斑点) [消化器] ・弱い腹痛 ・吐き気等 (単回の嘔吐、下痢) [口] ・口のかゆみ ・唇が少し腫れている [呼 吸] ・軽い咳 (連続しない) ・くしゃみ		
3	症 状 (確認された症状に○)	中 等 度 ~ 重 症 (時 分頃から出現)		
		[皮 膚] ・じんま疹 (全身性) ・強いかゆみ ・舌や唇の腫れ [消化器] ・腹痛 ・嘔吐 ・下痢 (複数回~繰り返す) [呼 吸] ・繰り返す咳 ・呼吸困難 ・呼吸時ゼーゼー・ヒューヒューと鳴る ・かすれ声 ・声が出ない ・のどのイガイガ ・のどのかゆみ [様 子] ・不安 ・ぐったり (横になりたがる) ・うとうと ・意識低下 (もうろう)		
4	処 置	アレルギーの除去	<input type="checkbox"/> 口の中のものを取り除く <input type="checkbox"/> 口をすすぐ <input type="checkbox"/> 手を洗う <input type="checkbox"/> 目や顔を洗う	
		緊急時処方薬	内服薬 ()	時 分
			吸入薬 ()	時 分
		「エピペン®」	「エピペン®」を (処方されている [保管場所 () 処方されていない))	
「エピペン®」を準備、本人に持たせる			時 分	
「エピペン®」注射 (した ・ しない) ※した場合 →			時 分	
※注射した人 ()				
5	バイタルサイン	脈拍 (回/分) 呼吸 (荒い ・ 普通) 体温 (°C)		
6	救 急 車	要請時刻	時 分	到着時刻 時 分
7	医 療 機 関	連絡時刻	時 分	医療機関到着時刻 時 分
8	医療機関搬送先			
9	保 護 者	連絡時刻	時 分 (内容:)	
10	その他			