|  |  |
| --- | --- |
| 園長 | 主任 |
|  |  |

**緊急時経過記録表（救急隊、病院に提出用）　（様式５）**

食物アレルギー用緊急時経過記録表

記入者：

対応者：

児童名：

生年月日：平成　　年　　月　　日　　（　　歳　　　ヶ月）

過去にも誤食があったか　　　　有　・　無

発症日時：平成　　年　　月　　日　　　時　　分

誤食時刻：平成　　年　　月　　日　　　時　　分

食べたもの：

食べた量：

初期処置： □　口の中に食べ物が入っていたら取り除く

□　食物が触れた部分を洗い流す

以下の症状が一つでも出たら投薬

経過観察事項(軽症)： □　部分的なかゆみ・赤み・蕁麻疹・腫れ　　　 　時　　分

　　　　　　　　　　 □　口腔内のかゆみ・違和感・軽い唇の腫れ　　　 時　　分

　　　　　　　　　　 □　吐き気・嘔吐　　　　　　　　　　　　　　　 時　　分

　　　　　　　　　　 □　鼻閉・くしゃみ　　　　　　　　　　　　　　 時　　分

　　　　　　　　　　 □　何となく元気がない　　　　　　　　　　　　 時　　分

　　　　　　　　　　 □　咳が出る　　　　　　　　　　　　　　　　　 時　　分

投薬

　　□内服薬：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　時　　　分

連絡確認　　　□保護者に連絡　　　　　□主治医に連絡　　　　□救急車に連絡

以下の症状が出たらエピペンを注射する

経過観察項目： □　全身のかゆみ・赤み・蕁麻疹・浮腫　　　　　　　　　　　　 時　　分

（中等症・重症）　□　腹痛・繰り返す嘔吐・下痢　　　　　　　 　　　　　　　 時　　分

□　のどのかゆみ・締め付けられる感じ　　　　　　　　　　 時　　分

□　声枯れ・咳き込み・飲み込みづらさ　　　　　　　　　　 時　　分

□　喘鳴（ゼーゼー・ヒューヒュー）呼吸困難・\*チアノーゼ　 時　　分

□　不安・頭痛・ぐったりする・意識の消失　　　　　　　　 時　　分

　　　　　　　　　　＊チアノーゼ…顔面蒼白・唇や指先が紫色、あるいは蒼白な場合を指す。

□エピペン投薬　　　　　時　　　　分