

緊急時個別対応票【エピペン® 預かり児のみ使用】

_____年 月 日作成

児童名	生年月日	性別	除去食品
	年 月 日	男・女	

◎緊急時使用預かり

管理状況	エピペン®	有
		保育所での保管場所 () 使用期限 (年 月 日)
	内服薬	有 (薬名 :) ・ 無
		保育所での保管場所 ()

◎緊急時の連絡先

救急119番連絡

※ 以下、太枠内は保護者をご記入ください

主治医	医療機関名 : _____ 科目 : _____ 医師名 : _____ 電話番号 : _____			
救急搬送先	医療機関名 : _____ 科目 : _____ 医師名 : _____ 電話番号 : _____			
保護者 連絡先	名前	続柄	勤務先・TEL	携帯電話
子供の状態や医療機関の受入れ状況等によっては、上記の医療機関に搬送できない場合があります。また、救急隊や医療機関と本対応票の内容を共有させていただく場合があります。 上記及び緊急時対応について同意します。 _____年 月 日 保護者名 _____		年 月 日 継続・訂正		
		年 月 日 継続・訂正		
		年 月 日 継続・訂正		

◎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	呼吸器の症状	消化器の症状
<input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 意識がもうろう <input type="checkbox"/> 尿や便をもらす <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	<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"/> 持続する強い咳込み <input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸	<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

◎医療機関、消防機関への伝達内容

- 年齢、性別ほか患者の基本情報
- 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
- どんな症状がいつから現れて、これまで行った処置、その時間

※特に状態が悪い場合は、意識状態、顔色等を伝える

◎保護者への伝達・確認事項

- 食物アレルギー症状が現れたこと
- 症状に応じて、医療機関への連絡や救急搬送すること
- (症状により) エピペン®使用を判断したこと
- 保護者が保育所や医療機関に来られるかの確認
- (救急搬送の場合) 搬送先を伝え、搬送先に保護者が来られるか確認

症状チェックシート

- ◆迷ったらエピペン®を使用する
- ◆症状は急激に変化する可能性がある
- ◆少なくとも5分ごとに症状を注意深く観察する
- ◆の症状が1つでも当てはまる場合、エピペン®を使用する
(内服薬を飲んだ後にエピペン®を使用しても問題ない)

◆症状のチェックは、緊急性が高い左の欄から行う → →

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回の嘔吐 <input type="checkbox"/> 1～2回の下痢	<input type="checkbox"/> 軽い(がまんできる)お腹の痛み <input type="checkbox"/> 吐き気
目・口・鼻・顔の症状	<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

上記の症状が
1つでも当てはまる場合

1つでも当てはまる場合

1つでも当てはまる場合

①ただちにエピペン®を使用
 ②救急車を要請(119番)
 ③その場で安静を保つ
 ④その場で救急隊を待つ
 ⑤可能なら内服薬を飲ませる
 ()

**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
 ()
 ②速やかに医療機関を受診(救急車の要請も考慮)
 ()
 ③医療機関に到着するまで少なくとも5分ごとに症状の変化を観察。の症状が1つでも当てはまる場合、エピペン®を使用。

**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
 ()

**安静にし
注意深く経過観察**