

経過記録表

施設名()

記録者()

【様式9】

児童名

生年月日

年

月

日

(歳 か月)

施設での除去食物内容

(アナフィラキシー既往: 有 無)

1. 発生日時	年 月 日 時 分
2. 食べたもの	
3. 食べた量	
4. 処置	【エピペン®】 エピペン®使用: なし・あり 時 分
	【内服薬】 使用した薬: なし・あり() 時 分
	【その他】 口の中のものを取り除く・うがいをさせる・手を洗わせる・触れた部位を洗い流す
5. 症状の経過	時間 症状・状態等
※症状なしの場合は、しばらくの間、事務室等にて個別保育をしながら、経過を観察する。 ※症状ありの場合は、少なくとも5分ごとに注意深く観察する。	: なし・あり ()
	: なし・あり ()
	: なし・あり ()
	: なし・あり ()
	: なし・あり ()
	: なし・あり ()
6. 保護者へ連絡(いつ、誰に)	
7. 受診先医療機関名	

<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

◆症状のチェックは緊急性が高い、左の欄から行う (→ →)

全身	<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		
呼吸器	<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"/> 数回の軽い咳	
消化器	<input type="checkbox"/> 持続する強い(がまんできない)お腹の痛み <input type="checkbox"/> 繰り返して吐き続ける	<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・鼻・口・顔	上記の症状が1つでも当てはまる場合	<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 <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、鼻づまり
皮膚		<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分ごとに症状を観察。□の症状が1つでもあてはまる場合、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、症状の改善が見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