【2022年改訂】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（様式５）

緊急時個別対応票

　　　　　　年　　月　　日 作成

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 園名・クラス名 | 児童名・生年月日 | 原因食品 |
| 園 |  |  |
| 組 | （　　　年　　月　　日生） |

⑴ 緊急時使用預かり

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 管理状況 | エピペンⓇ | 有 ・ 無 | 保管場所： |
| 有効期限：　　　年　　月　　日 |
| 内服薬 | 有 ・ 無 | 薬 品 名： |
| 保管場所： |
| 有効期限：　　　年　　月　　日 |

⑵ 緊急時対応の原則

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **以下の症状が１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**  □ぐったり  □意識がもうろう  □尿や便を漏らす  □脈が触れにくいまたは不規則  □唇や爪が青白い | **呼吸器の症状**  □のどや胸がしめ付けられる  □声がかすれる  □犬が吠えるような咳  □息がしにくい  □持続する強い咳き込み  □ゼーゼーする呼吸 | **消化器の症状**  □持続する強いお腹の痛み  （がまんできない痛み）  □繰り返し吐き続ける |

⑶ 緊急時の連絡先

●医療機関・消防機関

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 救急 | １１９ | | 所轄  消防署 | 名称 |  |
| TEL |  |
| 主治医 | 名称 |  | 嘱託医 | 名称 |  |
| 医師名 |  | 医師名 |  |
| TEL |  | TEL |  |
| 搬送医療機関① | 名称 |  | 搬送医療機関② | 名称 |  |
| TEL |  | TEL |  |
| 医療機関・消防機関への伝達内容  　　① 年齢，性別ほか患者の基本情報  　　② 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  　　③ どんな症状がいつから現れて，これまでに行った処置，またその時間  　　　　　※ 特に状態が悪い場合は，意識状態，顔色，心拍，呼吸数を伝えられるとよい  　　　　　※ その際，可能であれば本対応票を救急隊と共有することも有効 | | | | | |

●保護者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名前 | 続柄 | 連絡先 | 保護者への伝達・確認内容  ① 食物アレルギー症状が現れたこと  ② 症状や状況に応じて，医療機関への連絡や，救急  搬送すること  ③（症状により）エピペンⓇ使用を判断したこと  ④ 保護者が園や病院に来られるかの確認  ⑤（救急搬送等の場合）搬送先を伝え，搬送先に  保護者が来られるか確認 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

高知市保育幼稚園課