【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