

緊急時経過記録表

クラス

記録者

氏 名 体重 kg 生年月日: 年 月 日 () 歳 () か月

アレルギーの原因となる食品

事故等 発生状況	日時	年 月 日 時 分		場所		
	誤食有無	<input type="checkbox"/> 誤食有	朝おやつ 昼食 午後(預かり)おやつ 時間外おやつ その他	<input type="checkbox"/> 誤食無		
発症状況		<input type="checkbox"/> 発症有	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 発症無		
食べたものと量						
処置ほか(口にし点)	【初期処置】	<input type="checkbox"/> 口の中のものを取り除く <input type="checkbox"/> うがいをする <input type="checkbox"/> 手を洗う <input type="checkbox"/> 触れた部位を洗い流す <input type="checkbox"/> 眼を洗う				時 分
	【内服など】	内服薬などの使用 内容				時 分
	【エピペン】	<input type="checkbox"/> 未使用 <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 処方なし				時 分
	【連絡確認】	<input type="checkbox"/> 保護者への連絡 連絡者() → 受け者() <input type="checkbox"/> 保護者の迎え 続柄()				時 分
		<input type="checkbox"/> 主治医への連絡 連絡者() 医療機関名 指示内容				時 分
		<input type="checkbox"/> 救急隊への連絡 連絡者()				時 分
		<input type="checkbox"/> こども保育課への連絡 連絡者() 受け者()				時 分
	【救命処置】	<input type="checkbox"/> 心臓マッサージ開始 実施者() <input type="checkbox"/> AED使用 実施者()				時 分
【救急車到着】	<input type="checkbox"/> 搬送先 (同行者)				時 分	
症状経過	軽 症 (グレード1)	①限られた範囲の痒み、部分的に赤い斑点、じんま疹が数個以内、唇が少し腫れている				時 分
		②口の中の痒み・違和感				時 分
		③単発的な咳、くしゃみ				時 分
	中等症 (グレード2)	④強い痒み、赤い斑点があちこちに出現、じんま疹が10個以上、まぶたや唇などが腫れあがる				時 分
		⑤吐き気もしくは1回の嘔吐、軟便もしくは或は1回の下痢、間欠的な腹痛				時 分
		⑥断続的な咳、鼻づまり・鼻水、のどの痒み				時 分
		⑦元気がない(不活発)				時 分
	重 症 (グレード3):	⑧激しい全身の痒み、全身が真っ赤、全身にじんま疹				時 分
		⑨嘔吐を繰り返す、数回以上の下痢、激しい腹痛				時 分
		⑩声がれ、声が出にくい、間断ない激しい咳き込み、犬が吠えるような咳(例:ケンケン)、喘鳴(例:ヒューヒュー、ゼイゼイ)、呼吸困難				時 分
⑪顔面が蒼白、唇や爪が白い・紫、脈が速い、脈が不規則				時 分		
⑫ぐったり、意識がもうろう、不安感・恐怖感				時 分		
心肺停止						時 分

症状と対応の記録

時間	症状の経過(呼吸状態、体温等)と施設対応	対応者	備考
	<p>○記入例 呼吸:早い、普通、遅い、1分間の回数 顔:腫れている、紅い、蒼い、土色など 意識:はっきりしている、呼びかけに反応しないなど</p> <p>●記入例 施設内の職員の動き、保護者との対応など</p>		