

緊急時個別対応票(症状チェックシート)

ふりがな 児童生徒名							
学年・クラス		年	組	番	性別		男・女
保護者	氏名		続柄()	TEL			
	氏名		続柄()	TEL			
医療機関	医師名		病院名		TEL		
アレルギー 食品		緊急薬	分類	薬剤名	保管場所		
			内服薬				
			吸入薬				
			エピペン®				

症状	緊急性が高いアレルギー症状	症状チェック! ●観察を開始した時刻 (時 分) ●内服薬を飲んだ時刻 (時 分) ●エピペン®を使用した時刻 (時 分)	
	<input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 意識もうろう <input type="checkbox"/> 尿や便をもらす <input type="checkbox"/> 脈が触れにくい、不規則 <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い		
全身		記録日： _____ 記録者： _____	
	<input type="checkbox"/> のどや胸のしめつけ感 <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 犬が吠えるような席 <input type="checkbox"/> 息がしにくい <input type="checkbox"/> 持続する強い咳きこみ <input type="checkbox"/> ゼーゼーする	<input type="checkbox"/> 数回の軽い咳	
呼吸器		<input type="checkbox"/> 中等度のおなかの痛み <input type="checkbox"/> 1～2回のおう吐 <input type="checkbox"/> 1～2回の下痢	<input type="checkbox"/> 軽い(我慢できる)おなかの痛み <input type="checkbox"/> 吐き気
	<input type="checkbox"/> 持続する強い(我慢できない)おなかの痛み <input type="checkbox"/> 繰り返し吐き続ける		
消化器		<input type="checkbox"/> からお全体の腫れ <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・腫れ <input type="checkbox"/> くしゃみ・鼻水・鼻づまり
	上記症状が 1つでも当てはまる場合		
かお		<input type="checkbox"/> 強いかゆみ <input type="checkbox"/> 全身に広がるじんましん <input type="checkbox"/> 全身が真っ赤	<input type="checkbox"/> 軽度のかゆみ <input type="checkbox"/> 数個のじんましん <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つでも当てはまる場合
皮膚		①内服薬を飲ませる ②エピペン準備 ③保健室へ移動 ④医療機関へ(救急車考慮)	①内服薬を飲ませる ②保健室で経過観察 ③保護者に連絡
	①ただちにエピペン使用 ②救急車要請(119番通報) ③その場で安静にする ④可能なら内服薬を飲ませる ⑤心肺蘇生(反応がなく呼吸がない)		<small>参考：独立行政法人 環境再生保全機構 愛知県「緊急時個別対応マニュアル」</small>