緊急時対応経過記録表

　　記入者

年　　組　生徒氏名　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日：　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １　誤食した時間 | | 年　　　月　　　日（　　）　　　　　時　　　　分 | | | | | | | | | |
| ２ 食べたもの | |  | | | | | | | | | |
| ３ 食べた量 | |  | | | | | | | | | |
| ４ 処置・対応 | | ○口の中のものを出す。　　　　　時　　　　分　　　〇洗眼　　　　　時　　　　分 | | | | | | | | | |
| ○うがい。　　　　　　　　　　　時　　　　分 | | | | | | | | | |
| ○皮膚、手を洗う。　　　　　　　時　　　　分 | | | | | | | | | |
| ○内服薬（ 有・無 ）【内容　　　　　　　　　　　　】 | | | | | | | ○エピペン（ 有・無 ） | | |
| ○吸入薬（ 有・無 ）【内容　　　　　　　　　　　　】 | | | | | | |
| ５ 症状 | 軽い症状 | 皮膚の症状 | 軽度のかゆみ、数個のじんましん、部分的な赤み | | | 時　分 | | □安静・厳重に経過観察  （症状が進まなくても最低1時間）  □保護者への連絡（　　　時　　　分）  □必要に応じて主治医・校医に連絡し、指示を受ける。 （　 　時　 分）  □緊急時薬があれば内服（　　時　分）  □エピペンがあれば用意 | | | |
| 目・口・鼻・顔面の症状 | 目のかゆみ・充血、口の中の違和感・唇のはれ、くしゃみ・鼻水・鼻づまり | | | 時　分 | |
| 消化器の  症状 | 軽いお腹の痛み（がまんできる）、吐き気 | | | 時　分 | |
| 中程度の症状 | 皮膚の症状 | 強いかゆみ、全身に広がるじんま疹、全身が真っ赤 | | | 時　分 | | □主治医・校医に連絡し、指示を受ける。  （　　　時　　　　分）  □医療機関の受診（　　　時　　分）  （必要に応じて救急車要請を考慮）  □緊急時薬があれば内服（　　時　　分）  □エピペンを用意、必要に応じて接種  （　　時　　　分） | | | |
| 目・口・鼻・顔面の症状 | 顔全体の腫れ、まぶたの腫れ | | | 時　分 | |
| 呼吸器の  症状 | 数回の軽い咳 | | | 時　分 | |
| 消化器の  症状 | 中等度のお腹の痛み、1～2回の嘔吐、１～2回下痢 | | | 時　分 | |
| 緊急性が高い症状 | 呼吸器の  症状 | のどがしめ付けられる、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 | | | 時　分 | | □救急車を要請 （　　　時　　　分）  □ＡＥＤ準備  □医療機関を受診 （　　　時　　　分）  □緊急時薬があれば内服（　　時 　分）  □エピペンを接種 （　　時　　　分）  □必要に応じて蘇生術を実施  （　　時　　分） | | | |
| 消化器の  症状 | 持続する強い（がまんできない）腹痛、繰り返す嘔吐 | | | 時　分 | |
| 全身の症状 | ぐったり、意識もうろう、失禁、脈が触れにくい・不規則、唇や爪が青白い | | | 時　分 | |
| ６ バイタルサイン  ５分毎経過観察（少なくとも  １時間） | | 時間 | | ｻﾁｭﾚｰｼｮﾝ | 脈拍　回/分 | | 呼吸　　回/分 | | | 体温　　℃ | 備考欄 |
| : | |  |  | |  | | |  |  |
| : | |  |  | |  | | |  |  |
| : | |  |  | |  | | |  |  |
| : | |  |  | |  | | |  |  |
| : | |  |  | |  | | |  |  |
| : | |  |  | |  | | |  |  |
| : | |  |  | |  | | |  |  |
| : | |  |  | |  | | |  |  |
| : | |  |  | |  | | |  |  |
| : | |  |  | |  | | |  |  |
| : | |  |  | |  | | |  |  |
| : | |  |  | |  | | |  |  |
| : | |  |  | |  | | |  |  |
| : | |  |  | |  | | |  |  |
| : | |  |  | |  | | |  |  |
| : | |  |  | |  | | |  |  |
| : | |  |  | |  | | |  |  |
| : | |  |  | |  | | |  |  |
| : | |  |  | |  | | |  |  |
| : | |  |  | |  | | |  |  |
| : | |  |  | |  | | |  |  |
| : | |  |  | |  | | |  |  |
| : | |  |  | |  | | |  |  |
| : | |  |  | |  | | |  |  |
| : | |  |  | |  | | |  |  |
| : | |  |  | |  | | |  |  |
| : | |  |  | |  | | |  |  |
| : | |  |  | |  | | |  |  |
| : | |  |  | |  | | |  |  |
| : | |  |  | |  | | |  |  |