別表2(食物アレルギー)

■ 緊急時個別対応票 ※1～4までご記入下さい。

※1

名前	クラス

※2

初期症状 チェックをお願いします。	初期対応 対処方法をご記入下さい。
□ 意識状態の確認 □ 呼吸、心拍の確認	例)《意識レベル低下》がある場合、速やかに呼吸・心拍の確認をし、応じて心肺蘇生を行いながら速やかに救急搬送する。応じてエピペンを注射する。
□食物が皮膚に触れて症状がある	例)触れた皮膚を流水で流す
□眼症状がある	例)目を流水で洗う
□食物が口の中にある	例)食べ物を吐き出させて、十分にゆすぐ

※ 医療機関、消防署への情報伝達
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良い

※ 保護者への情報伝達
1. 食物アレルギー症状が現れたこと
2. 応じて医療機関への状況連絡し、救急搬送することなどの了承を得る
3. 応じてエピペンを使用することの了承を得る
4. 保護者がスクールや病院に来られるか確認する
5. 応じて搬送先を伝え、搬送先に保護者が来られるか確認する

※3	名前・名称	続柄	連絡先
保護者 連絡先			

※4		
	処方内服薬の有無	有・無
	エピペンの有無	有・無

管理 状況		
内服薬	有・無	
	保管場所　（　）	
エピペン	有・無	
	保管場所　（　）	

救急機関		
	救急	119
	所轄 消防署	名称　足立消防署 Tel　（　03　）3852-0119
※5 指定 救急機関	主治医	医師名 Tel　（　） カルテNo.
	搬送 医療機関	病院名 Tel　（　） カルテNo.