

様式 5 - 1 緊急時個別対応票

■ 緊急時個別対応票

児童生徒等名	原因食物
年 組	

緊急連絡先	連絡先	続柄	電話番号
	①		
	②		
	③		

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

指定救急機関	救急	119	
	所轄消防署	名称	
		Tel ()	
	主治医	医師名	
		Tel ()	
校医	医師名		
	Tel ()		
搬送医療機関	医療機関名		
	Tel ()		

校内内線	校長室	
	職員室	
	保健室	

初期対応	
<input type="checkbox"/> 意識状態の確認	《意識レベルの低下》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。
<input type="checkbox"/> 呼吸、心拍の確認	応じてエピペン®を注射する。
<input type="checkbox"/> 食物が皮膚に触れて症状がある	→触れた皮膚を流水で洗い流す
<input type="checkbox"/> 眼症状がある	→眼を流水で洗い流す
<input type="checkbox"/> 食物が口の中にある	→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. 保護者が学校や医療機関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。