|  |
| --- |
| ・**緊急搬送終了後、直ちに所管の教育委員会へ電話で報告**する。  ・**本票**は、対応が落ち着き次第、**所管の教育委員会にメール等で送付**する。  報告を受けた**市町村教育委員会は、県教育委員会にメール等で送付**する。 |

様式

１０

**食物アレルギー・アナフィラキシー緊急対応記録**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学校名 |  | | | | 記録者 | 職名　　　　　　氏名 | | | | | | |
| 該当者 | | 学年・組 | | 性　別 | 氏　　　　　　名 | | | | | | | |
| 年　　組 | |  |  | | | | | | | |
| 1 事故発生時刻 | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日（　　）　　　　　時　　　　分　頃 | | | | | | | | | | |
| 2 発症時の活動内容 | | 給食中・休憩時間（昼休み・（　　　　　））・教科（体育・家庭・（　　　　））  　学校行事（　　　　）・部活動（　　　）部・登校中・下校中・その他（　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| （具体的な活動内容） | | | | | | | | | | |
| 3 食べた物（量）  触れた物（量） | | 食物（献立名）：  食物以外： | | | | | | | | | | |
| 4 基礎疾患等 | |  | | | | | | アナフィラキシーの既往**：** あり ・ なし | | | | |
| 5 処　　　置 | | 処　　置： **□** 口の中の物を取り除く **□** うがいをする  **□** 手を洗う　　　　　　　　　　　　 **□** 触れた部位を洗い流す  服　　薬： **□** 内服する（薬品名：　　　　　　 　　 　）　 時　　分  **□** 吸入する（薬品名：　　　　　 　　　　） 　時　　分  **□** その他　（薬品名：　　　　　　 　　　） 　時　　分  注　　射： **□** エピペン®の使用　あり（　　　時　　分） ・ なし  心肺蘇生： **□** 心肺蘇生の有無　 あり（　　　時　　分） ・ なし  ＡＥＤ　： **□** ＡＥＤの使用　　 あり（ 　 　時　　分） ・ なし | | | | | | | | | | |
| 6 保護者への連絡 | | 時　　分 　　連絡者名： 　　　　　連絡先：【父・母・その他(　　　　　)】 | | | | | | | | | | |
| 7 症　　　状 | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **重　症**  （救急要請） | **中等症**  （救急要請考慮） | **軽 症**  （観察継続） | | 全　身 | **□**①ぐったり、意識もうろう |  |  | | **□**②尿や便を漏らす | | **□**③脈が触れにくい・不規則 | | **□**④唇や爪が青白い | | 呼吸器 | **□**⑤のどや胸が締め付けられる | **□**⑫数回の軽い咳 |  | | **□**⑥声がかすれる・息がしにくい |  | | **□**⑦犬が吠えるような咳 | | **□**⑧持続する強い咳き込み | | **□**⑨ゼーゼーする呼吸 | | 消化器 | **□**⑩持続する強い腹痛（我慢できない） | **□**⑬中等度の腹痛 | **□**㉑軽い腹痛（我慢できる） | | **□**⑪繰り返し吐き続ける | **□**⑭１～2回の嘔吐 | **□**㉒吐き気 | |  | **□**⑮１～2回の下痢 |  | | 目鼻口  顔　面 |  | **□**⑯顔全体の腫れ | **□**㉓目のかゆみ・充血 | | **□**⑰まぶたの腫れ | **□**㉔口の中の違和感・唇の腫れ | |  | **□**㉕くしゃみ・鼻水・鼻づまり | | 皮　膚 |  | **□**⑱強いかゆみ | **□**㉖軽度のかゆみ | | **□**⑲全身に広がるじんましん | **□**㉗数個のじんましん | | **□**⑳全身が真っ赤 | **□**㉘部分的な赤み | | | | | | | | | | | |
| 8 症状経過 | | 時　刻 | 症状  （上記番号記入も可） | | | | 血圧  （mmHg) | | 脈拍  （回/分） | 呼吸数  （回/分） | 体温  （℃） | SpO2  （％） |
| : |  | | | |  | |  |  |  |  |
| : |  | | | |  | |  |  |  |  |
| : |  | | | |  | |  |  |  |  |
| : |  | | | |  | |  |  |  |  |
| : |  | | | |  | |  |  |  |  |
| : |  | | | |  | |  |  |  |  |
| 9 救急搬送 | | 要請時刻：　　　時　　　分　　　　　到着時刻：　　　時　　　分  搬送医療機関（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 10 備考欄 | |  | | | | | | | | | | |