

緊急時個別対応マニュアル

作成日： _____ 年 ____ 月 ____ 日

年 組 氏名： _____

アレルギー食品： _____

◎特記事項

●緊急時薬（保管場所 _____）

分類	薬剤名	使うべき症状	使い方
抗ヒスタミン薬		じんま疹、かゆみ、紅斑	内服
ステロイド		症状が続く時	内服
気管支拡張薬		咳、セイセイ、息苦しさ	内服・吸入

エビペン[®] あり（保管場所 _____） ・ 保護者所持 ・ 処方なし

連絡先	保護者	☎ _____ 携帯・自宅・職場 氏名 (続柄 _____)
		☎ _____ 携帯・自宅・職場 氏名 (続柄 _____)
	医療機関	☎ _____ 病院名 診療科(医師)名
		☎ _____ 病院名 診療科(医師)名

5分ごとに症状チェック

全身の症状 <input type="checkbox"/> くったり <input type="checkbox"/> 意識もうろう <input type="checkbox"/> 尿や便を漏らす <input type="checkbox"/> 脈を触れにくい、または不規則 <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い		
呼吸器の症状 <input type="checkbox"/> のどや胸が絞め付けられる <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 犬が吠えるような咳 <input type="checkbox"/> 息がしにくい <input type="checkbox"/> 持続する強い咳き込み <input type="checkbox"/> セーゼーする呼吸	<input type="checkbox"/> 数回の軽い咳	
消化器の症状 <input type="checkbox"/> 持続する強い(がまんできない)おなかの痛み <input type="checkbox"/> 繰り返す嘔吐 <input type="checkbox"/> 繰り返す吐き気	<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"/> 軽いおなかの痛み(がまんできる) <input type="checkbox"/> 吐き気
目・口・鼻・顔面の症状 上記の症状が1つでもあてはまる場合	<input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ <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、唇の腫れ <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、鼻づまり
皮膚の症状 上記の症状が1つでもあてはまる場合	<input type="checkbox"/> 強いかゆみ <input type="checkbox"/> 全身に広がるじんま疹 <input type="checkbox"/> 全身が真っ赤	<input type="checkbox"/> 軽度のかゆみ <input type="checkbox"/> 数個のじんま疹 <input type="checkbox"/> 部分的な赤み
1つでもあてはまる場合 ① エビペン [®] 使用 ② 救急車要請 ③ ショック体位 ④ 心肺停止?→蘇生開始	1つでもあてはまる場合 ① 保健室へ運ぶ(歩かせない) ② 緊急時薬使用 ③ エビペン [®] 準備 ④ 医療機関へ(救急車考慮)	1つでもあてはまる場合 ① 保健室で経過観察 ② 緊急時薬使用 ③ 保護者に連絡