

# 経過記録票

本様式例は、発症時に経過を記録するとともに、消防機関や医療機関への引継ぎに活用を想定している。記録は個人カルテに併せて学校で保管を行う。

名前		体重		生年月日	年 月 日
保護者氏名		住所	保護者連絡先		

発症時間 平成 年 月 日 時 分

食べたものとその量

行った対応	初期処置	<input type="checkbox"/> 口の中のものを取り除く <input type="checkbox"/> うがいをする <input type="checkbox"/> 洗う <input type="checkbox"/> 触れた部分を洗い流す			
	内服対応	内服時間	内服量	対応者	
	エピペン	使用時の症状	接種時間	接種者	
	連絡先	<input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 所轄消防署 <input type="checkbox"/> 医療機関			

症状	臓器	重症度	臓器	重症度	
	皮膚	A	部分的なじんましん、赤み、かゆみ		
B		広範囲なじんましん、赤み強いかゆみ			
粘膜	A	軽い唇やまぶたの腫れ	全身	A	普段よりやや元気がない
	B	明らかな唇やまぶた、顔面全体の腫れ		B	明らかに元気がない、立ってられない
	C	飲み込みにくさ		C	横になりたがる、ぐったり
	D	声、声が出ない、のどが締め付けられる		D	血圧低下 意識レベル低下～消失、失禁
呼吸	A	鼻汁、鼻閉、単発の咳	消化器	A	軽い腹痛、単発の嘔吐
	B	時々繰り返す咳		B	明らかな腹痛、複数回の嘔吐・下痢
	C	強い咳き込み、声がれ 喘鳴(ゼーゼー、ヒューヒュー)、呼吸困難		C	強い腹痛、繰り返す嘔吐や下痢

経過観察	時間	脈拍(回/分)	症状	対応	備考	
	:					
	:					
	:					
	:					
	:					
	:					
	:					
	:					
	:					

記録者

医療機関	医療機関名	主治医名	電話番号	備考

\* 医療機関、消防署への情報伝達内容  
 1 ○○学校、年齢、性別、緊急の旨  
 2 アナフィラキシーショックが疑われている症状ある  
 3 具体的症状とこれまで行った処置  
 意識状態、顔色、心拍・呼吸状態が伝えられる場合は伝える

\* 保護者への情報伝達と確認事項  
 1 食物アレルギーの症状が出た  
 2 具体的な症状とこれまで行った対応  
 3 医療機関搬送のため救急車要請したことを伝える  
 4 確認症状が出ている場合エピペンを使用することを伝える  
 5 保護者が搬送先医療機関にこられるか確認  
 来られない場合の対応と今後の連絡先確認