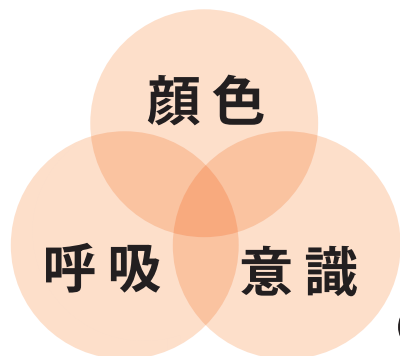


学年 組 番 氏名

観察を開始した時刻 ( 時 分)

内服した時刻 ( 時 分) エピペン®を投与した時刻 ( 時 分)

## 1. 30秒以内に評価



1つでもおかしければ、  
**エピペン®投与(ない場合は内服)、救急車要請**

- 顔色が悪い
- 呼吸が苦しい
- 意識がおかしい

(この3項目は症状が改善するまで途切れなく評価する)

## 2. 5分以内に評価(その後、5分ごとに再評価を続ける)

全身症状	<input type="checkbox"/> ( : ) ぐったり <input type="checkbox"/> ( : ) 意識もうろう <input type="checkbox"/> ( : ) 尿や便をもらす <input type="checkbox"/> ( : ) 脈がふれにくい/不規則 <input type="checkbox"/> ( : ) 唇や爪が青白い		
呼吸器症状	<input type="checkbox"/> ( : ) のどや胸がしめつけられる <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"/> ( : ) ゼーゼーする呼吸	<input type="checkbox"/> ( : ) 数回の軽い咳	
消化器症状	<input type="checkbox"/> ( : ) 持続する強いお腹の痛み (がまんできない) <input type="checkbox"/> ( : ) くり返し吐き続ける	<input type="checkbox"/> ( : ) 中等度のお腹の痛み <input type="checkbox"/> ( : ) 1~2回のおう吐 <input type="checkbox"/> ( : ) 1~2回の下痢	<input type="checkbox"/> ( : ) 軽いお腹の痛み (がまんできる) <input type="checkbox"/> ( : ) 吐き気
粘膜症状	<b>上記の症状がひとつ            でもあてはまる場合</b>	<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
皮膚症状		<input type="checkbox"/> ( : ) 強いかゆみ <input type="checkbox"/> ( : ) 全身に広がるじんましん <input type="checkbox"/> ( : ) 全身が真っ赤	<input type="checkbox"/> ( : ) 軽度のかゆみ <input type="checkbox"/> ( : ) 数個のじんましん <input type="checkbox"/> ( : ) 部分的な赤み

ひとつでも  
あてはまる場合

ひとつでも  
あてはまる場合

- ①ただちにエピペン®を使用する
- ②救急車を要請する(119番通報)
- ③その場で安静を保つ
  - ◆急な体位変換は心停止の危険を高める。移動させない。
  - ◆10~15分後に症状の改善が見られない場合、次の2本目のエピペン®を投与する。
- ④呼びかけても反応がなく、呼吸がなければ心肺蘇生を行う

- ①内服薬を飲ませる
- ②保護者に連絡する
- ③緊急時連絡先の病院または学校医へ問い合わせる(受診させる)