

食物アレルギー緊急時対応カード（記録用紙）

学年・組	氏名	性別
年 組		男・女

30秒判断	<input type="checkbox"/> 顔色	<input type="checkbox"/> 呼吸	<input type="checkbox"/> 意識	時	分
-------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---	---

5分以内に判断 (13項目)	<input type="checkbox"/> ぐったり	<input type="checkbox"/> 喉や胸がしめつけられる	<input type="checkbox"/> 持続する強い	
	<input type="checkbox"/> 意識もうろう	<input type="checkbox"/> 声がかすれる	<input type="checkbox"/> おなかに痛み	
	<input type="checkbox"/> 尿や便を漏らす	<input type="checkbox"/> 犬が吠えるような咳	<input type="checkbox"/> (がまんでき	
	<input type="checkbox"/> 脈を触れにくい	<input type="checkbox"/> 息がしにくい	<input type="checkbox"/> ない)	
	<input type="checkbox"/> 又は不規則	<input type="checkbox"/> 持続する強い咳こみ	<input type="checkbox"/> 繰り返し吐き	
	<input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い	<input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸	<input type="checkbox"/> 続ける	
			時	分

処置	緊急時処方薬	時	分
	エピペン [®] 使用	時	分
	その他		

経過 (5分毎)	時刻	内容
	時 分	
	時 分	
	時 分	
	時 分	
	時 分	
	時 分	
	時 分	
	時 分	
	時 分	
	時 分	
	時 分	
	時 分	

食べた（摂取など）時刻	平成	年	月	日（ ）	時	分
食べた（摂取など）状況	食べた物（ ）					
	量（ ）					

救急車	要請時刻	時	分	到着時刻	時	分
医療機関	連絡時刻	時	分	到着時刻	時	分

記録者名	
------	--