

・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。

食物アレルギー・アナフィラキシー緊急対応記録

学校名	〇〇高等学校		記録者	職名 教頭	氏名 岡山 一郎		
該当者	学年・組	性別	氏名				
	1年B組	男	保体 健太				
1 事故発生時刻	令和 5 年 6 月 14 日 ( 月 ) 13 時 35 分 頃						
2 発症時の活動内容	給食中・休憩時間(昼休み・( ) ) <b>教科</b> <b>体育</b> 家庭・( ) ) 学校行事 ( ) ・部活動 ( ) 部・登校中・下校中・その他 ( ) <b>給食や弁当で特定が難しい場合は、食べたものを全て記入。</b> (具体的な活動内容)						
3 食べた物(量) 触れた物(量)	食物(献立名): ごはん、エビフライ、ポテトサラダ(じゃがいも、きゅうり、ハム)、きんぴらごぼう 食物以外:						
4 基礎疾患等	食物アレルギー(卵)、喘息		アナフィラキシーの既往: <b>あり</b> ・なし				
5 処 置	処 置: <input type="checkbox"/> 口の中の物を取り除く <input type="checkbox"/> うがいをする <input type="checkbox"/> 手を洗う <input type="checkbox"/> 触れた部位を洗い流す						
	服 薬: <input checked="" type="checkbox"/> 内服する(薬品名: <b>ザイザル</b> ) 13時40分 <input type="checkbox"/> 吸入する(薬品名: ) 時 分 <input type="checkbox"/> その他(薬品名: ) 時 分						
	注 射: <input checked="" type="checkbox"/> エピペン®の使用 <b>あり</b> ( 14時05分 ) ・なし 心肺蘇生: <input type="checkbox"/> 心肺蘇生の有無 <b>あり</b> ( 時 分 ) ・ <b>なし</b> AED: <input type="checkbox"/> AEDの使用 <b>あり</b> ( 時 分 ) ・ <b>なし</b>						
6 保護者への連絡	14時00分	連絡者名: 岡山 一郎	連絡先: [父・ <b>母</b> その他( ) ]				
7 症 状		<b>重症</b> (救急要請)	<b>中等症</b> (救急要請考慮)	<b>軽症</b> (観察継続)			
	全身	<input checked="" type="checkbox"/> ①ぐったり、意識もうろう <input type="checkbox"/> ②尿や便を漏らす <input type="checkbox"/> ③脈が触れにくい・不規則 <input type="checkbox"/> ④唇や爪が青白い					
	呼吸器	<input checked="" type="checkbox"/> ⑤のどや胸が締め付けられる <input type="checkbox"/> ⑥声がかすれる・息がしにくい <input type="checkbox"/> ⑦犬が吠えるような咳 <input type="checkbox"/> ⑧持続する強い咳き込み <input checked="" type="checkbox"/> ⑨ゼーゼーする呼吸	<input checked="" type="checkbox"/> ⑫数回の軽い咳				
	消化器	<input checked="" type="checkbox"/> ⑩持続する強い腹痛(我慢できない) <input type="checkbox"/> ⑪繰り返し吐き続ける	<input type="checkbox"/> ⑬中等度の腹痛 <input checked="" type="checkbox"/> ⑭1~2回の嘔吐 <input type="checkbox"/> ⑮1~2回の下痢	<input checked="" type="checkbox"/> ⑪軽い腹痛(我慢できる) <input type="checkbox"/> ⑫吐き気			
		<input type="checkbox"/> ⑯顔全体の腫れ <input type="checkbox"/> ⑰まぶたの腫れ	<input type="checkbox"/> ⑱強いかゆみ <input checked="" type="checkbox"/> ⑲全身に広がるじんましん <input type="checkbox"/> ⑳全身が真っ赤	<input type="checkbox"/> ⑲目のかゆみ・充血 <input checked="" type="checkbox"/> ⑳口の中の違和感・唇の腫れ <input type="checkbox"/> ㉑くしゃみ・鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> ㉒軽度のかゆみ <input checked="" type="checkbox"/> ㉓数個のじんましん <input type="checkbox"/> ㉔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 (℃)	SpO <sub>2</sub> (%)
	13:40	⑭⑰	128/80	88	正常	36.7	98
	13:53	⑫⑬⑱					
	14:00	⑤⑨⑩⑭⑱	100/68	90	30	37.2	96
	14:05	①⑤⑨	96/58	92			95
	:						
	:						
9 救急搬送	要請時刻: 14時 00分		到着時刻: 14時 08分				
	搬送医療機関 ( ●●病院 )						
10 備考欄							

あてはまる箇所に、又は

・あてはまる箇所に、又は  
 ・右記以外の症状で特記すべきことがあれば、「8症状経過」の欄に記入

バイタルサイン等は、測定した場合のみ記入