

※FAX・メールで送付する際は、園児名は記入しないこと。（園 → こども家庭局幼保事業課）

こども家庭局幼保事業課宛 FAX 番号 322-6897またはメールアドレス kh\_shidou@office.city.kobe.lg.jp

### 緊急時個別対応経過記録票

※こども家庭局幼保事業課に送付する際は、園児名は記入しない

園名:

園児名:

生年月日: 年 月 日( )歳

誤食時間	令和 年 月 日 時 分			
食べた物				
食べた量				
処置	口のまわりのものを取り除く うがいをする 手を洗う 目を洗う 抗ヒスタミン剤内服: 無・有( 時 分)、ステロイド剤内服: 無・有( 時 分) エピペン <sup>®</sup> 使用: 無・有( 時 分)			
症状 *症状の チェック は緊急性 が高い、 重症の欄 から行う		重症	中等症	軽症
	全身	<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"/> 脈がふれにくい又は不規則 <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い		
	呼吸器	<input type="checkbox"/> のどや胸が締め付けられる <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	<input type="checkbox"/> 持続する強い腹痛(我慢できない) <input type="checkbox"/> 繰り返して吐き続ける	<input type="checkbox"/> 中等度の腹痛 <input type="checkbox"/> 1~2回の嘔吐 <input type="checkbox"/> 1~2回の下痢	<input type="checkbox"/> 軽い(我慢できる)腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気
	目口鼻	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 <input type="checkbox"/> 唇の腫れ <input type="checkbox"/> くしゃみ/鼻水/鼻づまり
	皮膚		<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	
		ただちに救急車で 医療機関へ救急搬送	速やかに救急車で 医療機関へ搬送	安静にし、 注意深く経過観察
症状の経過	時間	症状	備考	
* 3~5分 ごとに 症状を 観察	:	(重/中/軽)		
	:	(重/中/軽)		
	:	(重/中/軽)		
	:	(重/中/軽)		
	:	(重/中/軽)		
	:	(重/中/軽)		
	:	(重/中/軽)		
	:	(重/中/軽)		

記録者名: