

保育所名:

保育所

【緊急時個別対応票】

クラス	児童氏名		性別	生年月日	原因食品
組			男・女	年 月 日	
管理状況	エピペン®	有・無			
		保管場所()			
	内服薬	有・無			
		薬剤名・用量			
保管場所()					
◎ 緊急時対応の原則としては、緊急時に備えた処方薬における確認書の内容通りに、緊急時処方薬を使用します。					
◎ 緊急時の連絡先 ※ 救急119番通報					
保護者連絡先					
優先順位	名前		続柄	連絡先	
	1				
	2				
	3				

医療機関、消防署への伝達内容

1. 年齢、性別ほか患者の基本情報
 2. 食物アレルギーによるアナフィラキシーが現れていること
 3. どんな症状が、いつから、これまで行った処置、またその時間
- ※意識、顔色、脈拍、呼吸数などを伝えられるとよい

保護者への伝達・確認内容

1. 食物アレルギー症状が現れたこと
2. 症状や状況に応じて、救急搬送すること
3. 緊急時処方薬について
4. 保護者が保育所または医療機関に到着する時間の確認

緊急時の対応について説明を受け、内容に関して、

_____年 _____月 _____日 同意します。 _____保護者氏名 _____印