

※ 1 食物アレルギー症状チェックシート

□観察開始(時 分) □薬の服用(時 分) □エピペンの注射(時 分)

	グレード3	グレード2	グレード1		
全身	<input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 意識もうろう <input type="checkbox"/> 尿や便を漏らす <input type="checkbox"/> 脈が触れにくいまたは不規則 <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px;"> <p>◇症状は急激に変化することがあるため、 5分ごとに注意深く症状を観察する。</p> </div>			
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"/> 息がしにくい <input type="checkbox"/> 持続する強い咳き込み <input type="checkbox"/> 犬が吠えるような咳 <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(がまんできない)お腹の痛み <input type="checkbox"/> 繰り返し吐き続ける	<input type="checkbox"/> 明らかな腹痛 <input type="checkbox"/> 複数回の嘔吐 <input type="checkbox"/> 複数回の下痢	<input type="checkbox"/> 我慢できる弱い腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気		
目 口 鼻 顔	<div style="border: 2px solid black; border-radius: 25px; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>グレード3の症状が 1つでもあてはまる 場合、エピペン®を注 射する。</p> </div>			<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"/> 唇の腫れ <input type="checkbox"/> 口のかゆみ、違和感 <input type="checkbox"/> 喉のかゆみ、違和感 <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"/> 全身性の赤み <input type="checkbox"/> 全身のじんましん	<input type="checkbox"/> 軽度のかゆみ <input type="checkbox"/> 部分的な赤み <input type="checkbox"/> 数個のじんましん
<p>上の症状が1つでもあれば以下の対応を行う。</p>		<p>上の症状が1つでもあれば以下の対応を行う。</p>		<p>上の症状が1つでもあれば以下の対応を行う。</p>	
対 応	<input type="checkbox"/> エピペン®の注射 (迷ったらエピペン®の注射) <input type="checkbox"/> 救急車の要請 <input type="checkbox"/> 内服薬の使用 (反応がなく、呼吸がなければ) <input type="checkbox"/> 胸骨圧迫 <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> AED実施	<input type="checkbox"/> 内服薬の使用 <input type="checkbox"/> エピペン®の準備 <input type="checkbox"/> 医療機関の受診 (迷ったら救急車要請) <input type="checkbox"/> グレード3の症状の有無を注意深く観察し、1つでもあてはまる場合はエピペン®を使用する。	<input type="checkbox"/> 安静にして経過観察 <input type="checkbox"/> 内服薬の使用 <input type="checkbox"/> 医療機関の受診		