

緊急対応・経過観察者記録

2021年 月 日

接種済証等から転記し、できれば本人に確認

住 所: 富士市 _____

(ふりがな)

氏 名: _____ 男・女 年齢 _____ 歳

生年月日 _____

(西暦): _____

緊急時連絡先

電話番号: _____

看護師記録欄: 看護師署名 _____

_____ : 確知

血圧 / _____ mmHg 測定不能・脈拍触知不能

SpO2 _____ %、HR _____

ポスミン0.3mL 回目 _____ :

フィソリフィン塩酸塩OD錠60mg 1錠内服 _____ :

(出た症状に○をつける)

1. 皮膚粘膜症状 (じんま疹、口の腫れ、眼瞼腫脹、鼻水・くしゃみ)
2. 気道・呼吸器症状 (呼吸困難・喉頭閉塞感・喘鳴・咳・低酸素血症)
3. 強い消化器症状 (腹痛・嘔吐・下痢)
4. 循環器症状 (血圧低下・意識障害・顔面蒼白・冷汗・爪唇が蒼白)

2 系統以上あれば

◆アナフィラキシーと考え、迷ったらアドレナリンを打つ！

◆5分以内の対応が重要！◆血管迷走神経反射だとしても大丈夫！

医師記載欄: 医師署名 _____