

経過観察票

記録者（ ）

氏名： _____							
体重： _____ kg		生年月日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳 _____ カ月）					
1	発症時間	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分					
2	食べたもの・量						
3	処置ほか	【初期処置】 <input type="checkbox"/> 口の中のものを取り除く <input type="checkbox"/> うがいをする <input type="checkbox"/> 手を洗う <input type="checkbox"/> 触れた皮膚や目を流水で洗い流す					
		【内服等】 有 _____ 時 _____ 分（内容： _____） ・ 無					
		【エピペン®】 有 _____ 時 _____ 分 ・ 無					
		【連絡確認】 <input type="checkbox"/> 保護者への連絡 <input type="checkbox"/> 主治医への連絡					
4	症状経過	時間	症状	脈拍 (回/分)	呼吸数 (回/分)	体温 (℃)	備考欄
:							
:							
:							
:							
:							
:							
:							
:							
:							
:							
:							
:							
:							
:							

症状経過	時間	症状	脈拍 (回/分)	呼吸数 (回/分)	体温 (℃)	備考欄
	:					
	:					
	:					
	:					
	:					
	:					
	:					
	:					
	:					
	:					
	:					
	:					
	:					
	:					
	:					
	:					
	:					
	:					
	:					
	:					
	:					
	:					
	:					
	:					
	:					