

エピネフリン自己注射薬に関わる救急隊への情報提供

傷病者氏名 ふりがな

観察開始時刻(時 分)	エピペン使用時刻(時 分)
--------------	----------------

該当項目にチェック

全身の 症状	<input type="checkbox"/> ぐったり (時 分)
	<input type="checkbox"/> 意識もうろう (時 分)
	<input type="checkbox"/> 尿や便をもらす (時 分)
	<input type="checkbox"/> 脈が触れにくい・不規則 (時 分)
	<input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い (時 分)

呼吸器の 症状	<input type="checkbox"/> のどや胸が締め付けられる (時 分)
	<input type="checkbox"/> 声がかすれる (時 分)
	<input type="checkbox"/> 犬が吠えるような咳 (時 分)
	<input type="checkbox"/> 呼吸がしにくい (時 分)
	<input type="checkbox"/> 持続する強いせき込み (時 分)
	<input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸 (時 分)

消化器 の症状	<input type="checkbox"/> 持続する強い腹痛 (時 分)
	<input type="checkbox"/> 繰り返し続く嘔吐 (時 分)
	<input type="checkbox"/> 中程度の腹痛 (時 分)
	<input type="checkbox"/> 1~2回程度の嘔吐・下痢 (時 分)
	<input type="checkbox"/> 軽い腹痛(がまんできる) (時 分)
	<input type="checkbox"/> 吐き気 (時 分)

目・口・ 鼻顔面の 症状	<input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ
	<input type="checkbox"/> 瞼の腫れ
	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ・充血
	<input type="checkbox"/> 口の中の違和感・唇の腫れ
	<input type="checkbox"/> くしゃみ・鼻水・鼻づまり

皮膚の 症状	<input type="checkbox"/> 強いかゆみ	<input type="checkbox"/> 軽度のかゆみ
	<input type="checkbox"/> 全身じんましん	<input type="checkbox"/> 数個のじんましん
	<input type="checkbox"/> 全身が真っ赤	<input type="checkbox"/> 部分的な赤み

★エピペンの使用 あり(本人 本人以外) なし