

取扱注意

学校給食等を起因とする食物アレルギー発症報告書（第 報）

記載例

報告年月日	令和1年11月5日			時間	17:00	現在		
報告者	学校名等	◎◎小学校			職・氏名	校長 ◇◇ ◇◇ (管理職の氏名)		
	電話	000-000-0000	メール	000@xxx.xx.jp				
	ファクス	000-000-0000	教育事務所担当職・氏名	◎◎ ☆☆ □□				
事故発生日時	令和1年11月5日(火)午後1時15分頃							
事故発生場所	体育館内			学校管理下	<input checked="" type="checkbox"/> 管理下 <input type="checkbox"/> 管理外			
対象児童生徒等	氏名(年齢)	◎◎ ◎◎ (11歳)	学年・クラス	5年1組		性別: <input type="checkbox"/> 男子 <input checked="" type="checkbox"/> 女子		
学校生活管理指導作成状況	作成状況	<input checked="" type="checkbox"/> 作成 <input type="checkbox"/> 未作成 <input type="checkbox"/> その他		その他の場合				
	直近作成年月日	平成31年4月9日		直近面談年月日	平成31年4月12日			
	原因食物	<input type="checkbox"/> 鶏卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input checked="" type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input checked="" type="checkbox"/> ピーナッツ <input checked="" type="checkbox"/> 種実類・木の実類 <input type="checkbox"/> 甲殻類(エビ・カニ) <input type="checkbox"/> 魚類 <input type="checkbox"/> 肉類 <input type="checkbox"/> 果物類 <input type="checkbox"/> その他				その他の場合		
	緊急時処方薬	<input checked="" type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 抗ヒスタミン <input checked="" type="checkbox"/> ステロイド		<input checked="" type="checkbox"/> エピペンR		<input type="checkbox"/> なし		
	保管場所	本人ランドセル内		本人ランドセル内				
学校給食対応	<input checked="" type="checkbox"/> 詳細な献立表		<input type="checkbox"/> 一部弁当対応		<input checked="" type="checkbox"/> 除去食対応		<input type="checkbox"/> 代替食対応	
	対応年月日	H31.4.10	対応年月日		対応年月日	H31.4.10	対応年月日	
	送付経路		配食経路		配食経路		配食経路	
	栄養教諭→学級担任→保護者 学級担任、養護・栄養教諭も保管				栄養教諭が除去食の献立に「除去食」とラベルを貼って学級担任に手渡す。			
	<input type="checkbox"/> 未対応	<input type="checkbox"/> 保護者了解済み	<input type="checkbox"/> 初発	<input type="checkbox"/> その他	その他の場合			
調理場施設名	◎◎小学校内			喫食時間	12:40			
献立添付	ごはん、ぶた肉のショウガ焼き、ひじきのアーモンド和え、オレンジ							
事故発生物原因	ひじきのアーモンド和え		加工品の場合、納入業者名					
事故発生状況及びその原因	学校給食対応		<input checked="" type="checkbox"/> 詳細な献立表 <input type="checkbox"/> 一部弁当対応		<input checked="" type="checkbox"/> 除去食対応 <input type="checkbox"/> 代替食対応 <input type="checkbox"/> 未対応			
	12:25 給食開始 13:00 給食後、友人と体育館でミニバスケットをしていたが、途中でじんましん症状や唇が腫れるなどの症状を発症した。 13:10 友人が学級担任を呼び、養護教諭が児童の教室のエピペンを持参し、担任とともに体育館へ向かった。 13:15 養護教諭がエピペン注射 同時に教頭が救急要請、担任が保護者に連絡 13:20 救急車到着、学校に着いた保護者と養護教諭が同乗し、病院へ搬送した。 17:20 児童は点滴治療を受け、その後、病院内で安静にしていたが症状が落ち着いたため、帰宅した。 ひじきのアーモンド和えは、除去食対応だったが、配食時にひじきのアーモンド和えをこぼしてしまったことから、途中でアーモンドが混在したことが考えられる。							
喫食後の運動	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	運動時刻	13:00頃	内容	ミニバスケット			
内服薬投与	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	投与時刻		対応者	<input type="checkbox"/> 校長等 <input type="checkbox"/> 教頭 <input type="checkbox"/> 学級担任 <input type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> その他教職員			
エピペン ^R 注射	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	実施者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 校長等 <input type="checkbox"/> 教頭 <input type="checkbox"/> 学級担任 <input checked="" type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> その他教職員 ○○ ○○					
		注射時刻	<input type="checkbox"/> 校長等 <input type="checkbox"/> 教頭 <input checked="" type="checkbox"/> 学級担任 <input checked="" type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> その他教職員					
	13:15	補助者	○○ ○○、□□ □□					

病院搬送	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	搬送先	☆☆病院		搬送先到着時刻	14:05頃		
	搬送方法	<input checked="" type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 教職員自家用車 <input type="checkbox"/> その他			その他の場合			
	対応者	<input type="checkbox"/> 校長等 <input checked="" type="checkbox"/> 教頭 <input checked="" type="checkbox"/> 学級担任 <input checked="" type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> その他教職員						
	連絡者	<input type="checkbox"/> 校長等 <input type="checkbox"/> 教頭 <input type="checkbox"/> 学級担任 <input type="checkbox"/> 養護教諭 <input checked="" type="checkbox"/> その他教職員						
	連絡時刻	13:15	到着時刻	13:30	出発時刻	13:50		
治療内容・処置 対応・経過	点滴治療。しばらく安静にするよう指示があった。							
入院の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	退院予定日				<input checked="" type="checkbox"/> 治療後、帰宅		
学校医・主治医 等への連絡	<input type="checkbox"/> した <input checked="" type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> 学校医	連絡時刻			<input type="checkbox"/> 主治医	連絡時刻	
	連絡者	<input type="checkbox"/> 校長等 <input type="checkbox"/> 教頭 <input type="checkbox"/> 学級担任 <input type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> その他教職員						
	指示内容							
運動誘発性	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
アレルギー症状	<input checked="" type="checkbox"/> 顔面・目・ 口・鼻の症状	<input type="checkbox"/> 顔面の腫れ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみや充血	<input type="checkbox"/> まぶたの腫れ	発症時刻	13:10		
	<input type="checkbox"/> くしゃみ・鼻水・はなづまり	<input type="checkbox"/> 口の中の違和感(イガイガ感)	<input checked="" type="checkbox"/> 唇の腫れ					
	<input checked="" type="checkbox"/> 皮膚症状	<input checked="" type="checkbox"/> じんましん→	<input checked="" type="checkbox"/> 局所 <input type="checkbox"/> 全身	<input type="checkbox"/> かゆみ・赤み→	<input type="checkbox"/> 局所 <input type="checkbox"/> 全身	発症時刻	13:10	
	<input type="checkbox"/> 消化器 症状	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 吐き気	<input type="checkbox"/> 嘔吐→	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 4回 <input type="checkbox"/> 5回以上	発症時刻		
	<input type="checkbox"/> 下痢→	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 4回 <input type="checkbox"/> 5回以上						
	<input type="checkbox"/> 呼吸器 症状	<input type="checkbox"/> 声のかすれ	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> ゼーゼー・ヒューヒュー(喘鳴)	<input type="checkbox"/> 犬が吠えるような咳	発症時刻		
<input type="checkbox"/> 全身症状	<input type="checkbox"/> 意識→	<input type="checkbox"/> 朦朧 <input type="checkbox"/> 喪失	<input type="checkbox"/> ぐったり	<input type="checkbox"/> 尿・便を漏らす	発症時刻			
<input type="checkbox"/> 脈が触れにくい	<input type="checkbox"/> 唇チアノーゼ	<input type="checkbox"/> 血圧低下			発症時刻			
保護者への対応	連絡者	<input type="checkbox"/> 校長等 <input type="checkbox"/> 教頭 <input checked="" type="checkbox"/> 学級担任 <input type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> その他教職員				連絡時刻	13:15	
	説明日時	11月5日	説明場所	<input checked="" type="checkbox"/> 保護者宅 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> その他			その他の場合	
	説明者	<input checked="" type="checkbox"/> 校長等 <input type="checkbox"/> 教頭 <input checked="" type="checkbox"/> 学級担任 <input type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> その他教職員						
	説明状況	事故の状況については了解した。今後は再発防止の徹底を図ってほしいとの依頼があった。						
在校児童生徒 等への対応	通常どおり授業を実施した。女子児童のクラスは副担任が対応した。							
再発防止策	今後、食物アレルギー対応の校内研修会を行い、学校全体でのより一層の周知・理解の徹底を図る。また、児童生徒にも食物アレルギーへの理解を促していく。							
備考	女子児童の症状が安定した後、速やかに保護者面談を実施する予定である。							

※ 緊急時の場合は、手書き及び口頭により報告してください。また、保護者へ文書を配付した場合、添付してください。