

**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）

報告年月日				時間			現在
報告者	学校名等				職・氏名		
	電話			メール			
	ファクス			教育事務所担当職・氏名			
事故発生日時							
事故発生場所					学校管理下	<input type="checkbox"/> 管理下	<input type="checkbox"/> 管理外
対象児童生徒等	氏名（年齢）			学年・クラス			性別：○男子 ○女子
学校生活管理指導作成状況	作成状況	<input 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			直近面談年月日			
	原因食物	<input type="checkbox"/> 鶏卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input 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 type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 抗ヒスタミン <input type="checkbox"/> ステロイド		<input type="checkbox"/> エピペンR		<input type="checkbox"/> なし	
	保管場所						
学校給食対応	<input type="checkbox"/> 詳細な献立表		<input type="checkbox"/> 一部弁当対応		<input type="checkbox"/> 除去食対応		<input type="checkbox"/> 代替食対応
	対応年月日			対応年月日			対応年月日
	送付経路		配食経路		配食経路		配食経路
	<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						喫食時間	
献立 ※献立表添付							
事故発生源食物				加工品の場合、納入業者名			
	学校給食対応	<input type="checkbox"/> 詳細な献立表 <input type="checkbox"/> 一部弁当対応 <input type="checkbox"/> 除去食対応 <input type="checkbox"/> 代替食対応 <input type="checkbox"/> 未対応					
事故発生状況及びその原因							
喫食後の運動	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	運動時刻			内容		
内服薬投与	<input type="checkbox"/> 有 <input 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 <sup>R</sup> 注射	<input 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 type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> その他教職員				
	注射時刻	補助者	<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				

病院搬送	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	搬送先			搬送先到着時刻	
	搬送方法	<input 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 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				
	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				
	連絡時刻		到着時刻		出発時刻	
治療内容・処置 対応・経過						
入院の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	退院予定日			<input type="checkbox"/> 治療後、帰宅	
学校医・主治医 等への連絡	<input type="checkbox"/> した <input 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 type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
アレルギー症状	<input 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 <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 type="checkbox"/> 唇の腫れ			発症時刻	
	<input type="checkbox"/> 皮膚症状	<input type="checkbox"/> じんましん→ <input 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	
	<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 <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			発症時刻	
	<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 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 呼吸困難			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 <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	
	その他の 観察事項				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 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	
	説明日時		説明場所	<input 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 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				
	説明状況					
在校児童生徒 等への対応						
再発防止策						
備考						

※ 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。