

**取扱注意**

学校給食等の食物以外の原因物質を起因とするアレルギー発症報告書（第1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	◎◎中学校		職・氏名	校長 ◇◇ ◇◇	
	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30分頃					
事故発生場所	校舎周囲ランニングコース		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）	◎◎ ◎◎（13歳）	学年・クラス	2年1組	性別： <input checked="" type="radio"/> 男子 <input type="radio"/> 女子	
学校生活管理指導表等の作成状況  ※「発症時点の作成状況」で③未作成にチェックした場合、記入不要	発症時点の作成状況	<input type="checkbox"/> ①作成 <input type="checkbox"/> ②学校生活管理指導表に代わるものを作成 <input checked="" type="checkbox"/> ③未作成		②にチェックした場合、その名称		
	医師の診断書	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	直近作成年月日		直近面談年月日	
	原因物質					
	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"/> その他	<input type="checkbox"/> エピペンR <input type="checkbox"/> なし
	保管場所					
	アレルギー対応	<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> 配慮不要	<input type="checkbox"/> 保護者了解済み <input type="checkbox"/> その他	
		対応内容			その他の場合	
	対応年月日					
発症原因物質	ハチ					
	原因物質の対応	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 配慮不要	<input checked="" type="checkbox"/> 初発		
発症状況及びその原因	13:20 昼休みに、校舎周囲のランニングコースを走っていた時、ハチに後頭部を1カ所刺された。痛みが少しあり休んでいた。 13:30 顔面・首筋のかゆみを感じたため、本人が直接保健室に来室した。 13:40 養護教諭の間診から、「ハチ刺され」による症状の可能性が高く救急車要請が必要である旨、報告を受け、教頭がすぐに救急車を要請し、〇〇病院へ搬送した。					
運動の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	運動時刻		内容		
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 <sup>R</sup> 注射	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	搬送先	〇〇病院		搬送先到着時刻	
		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 type="checkbox"/> 学級担任 <input checked="" type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> その他教職員 養護教諭△△〇〇が救急車に同乗、教頭□□◇◇が自家用車で病院へ。			
		連絡者	<input type="checkbox"/> 校長等 <input checked="" type="checkbox"/> 教頭 <input type="checkbox"/> 学級担任 <input checked="" type="checkbox"/> 養護教諭 <input checked="" type="checkbox"/> その他教職員 教頭□□◇◇が校長の指示を受け救急車を要請した。			
		連絡時刻	13:40	到着時刻	13:47	出発時刻
				13:53		

治療内容・処置 対応・経過	〇〇病院にて、点滴治療を受け、症状が回復したため、夕方保護者とともに帰宅した。						
入院の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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 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 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		
	<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 checked="" type="checkbox"/> かゆみ・赤み→ <input checked="" type="checkbox"/> 局所 <input type="checkbox"/> 全身		発症時刻	13:30	
	<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			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 checked="" 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	13:45	
	説明日時	11月5日	説明場所	<input type="checkbox"/> 保護者宅 <input type="checkbox"/> 学校 <input checked="" type="checkbox"/> その他		その他の場合 病院にて	
	説明者	<input type="checkbox"/> 校長等 <input checked="" 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					
	説明状況	教頭□□◇◇、養護教諭△△〇〇					
説明状況	発症時の状況及び病院搬送までの経過について説明を行った。						
在校児童生徒 等への対応	ハチを発見した場合及びハチに刺された場合の対応について学級指導を行った。						
再発防止策等	校舎周囲の環境について定期的に点検し、蜂の巣を発見した場合は適切に処理を行う。 ハチ刺されの場合の対応について、アナフィラキシー対応を念頭に職員の共通理解を図る。						
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。