

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 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）	（ 歳）		学年・クラス			性別： <input 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	<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 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	<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
	アレルギー対応	対応内容				その他の場合	
対応年月日							
発症原因物質	原因物質の対応		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 配慮不要	<input type="checkbox"/> 初発		
発症状況及びその原因							
運動の有無	<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 ^R 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	発症時刻		
		<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			
	<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				発症時刻
		<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				
<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"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> 呼吸困難					
<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				
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							
再発防止策等							
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。