



令和 年 月 日

食物アレルギー事故報告書

学校名

校長名

発生日時	令和 年 月 日 () 時 分ごろ		
発生場所	<input type="checkbox"/> 教室 <input type="checkbox"/> 運動場・体育館 <input type="checkbox"/> その他 ()		
発見者	<input type="checkbox"/> 教員 (<input type="checkbox"/> 担任 <input type="checkbox"/> 担任以外) <input type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> 栄養教諭・学校栄養職員 <input type="checkbox"/> 給食主任 <input type="checkbox"/> 管理職 <input type="checkbox"/> その他 ()		
該当児童生徒名		年齢・学年	歳 (学年)
原因食物・原因献立名	<input type="checkbox"/> 不明		
アナフィラキシーの発生	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
エピペン®の使用	<input type="checkbox"/> 使用した <input type="checkbox"/> 使用しなかった		
エピペン®の携帯	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※処方されていたが携帯していなかった場合は、「なし」にチェック		
予後	<input type="checkbox"/> 回復 (後遺症: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不明		
アレルギー緊急時対応マニュアル (※) の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
症状チェックシート (※) の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		

※香川県小児科医会食物アレルギー対策委員会作成

発生状況	<p>※児童生徒の症状の変化及び学校での対応がわかるように、できるだけ詳しく時系列で記載してください。症状チェックシートを使用した場合はコピーを添付してください。</p>
原因	
今後の対応策	

※高松市学校給食アレルギー対応委員会記入欄（フィードバック・コメント等）

--