

和泉市教育委員会 様

和泉市立

校長

印

食物アレルギー事故・ヒヤリハット報告書

この度、下記児童生徒の食物アレルギー（ 事故 ・ ヒヤリハット ）がありましたので、報告いたします。

記

(ふりがな) 児童・生徒名	年 組	年 組
	生年月日	年 月 日
保護者名	電話番号	
住 所	〒	

発 生 状 況

発生日時	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分		
発症した 症状	<ul style="list-style-type: none"> ・ 皮膚粘膜症状 : じんましん ・ かゆみ ・ 目の充血 ・ 浮腫(むくみ) ・ 発赤 (発症部位) () () () () () ・ 呼吸器症状 : 咳 ・ ぜん鳴(ゼーゼー) ・ 呼吸困難 ・ 消化器症状 : 悪心(気分が悪い・吐き気) ・ 腹痛 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 循環器症状 : 頻脈 ・ 徐脈 ・ 冷汗 ・ 血圧低下 ・ 神経症状 : 活動性変化(元気がない・興奮する)・不安 ・ 恐怖感 ・ 意識喪失 		
対応内容	緊急対応	<input type="checkbox"/> 救急車要請(時 分) ・ <input type="checkbox"/> 医療機関連絡時間(時 分) <input type="checkbox"/> 保護者連絡(時 分)	
	入院期間	無 ・ 有 (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)	
	通院・療養期間	無 ・ 有 (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)	
	医療機関名		電話番号
診断名			
原因 (原因食品 もしくは 献立名)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 献立名 </div>		・ 不明
アドレナリン自 己注射薬(エピ ペン®)対応	エピペン®処方 [無 ・ 有] → 有の場合 保管場所[]		
	エピペン®使用 [無 ・ 有] → (注射した時間 時 分)		
備考 (過去のアレルギー 症状を発症した事柄 等)			

