

アレルギー事故発生速報

保健給食課 御中

令和 年 月 日 時 分現在

学校名	学校
校長名	

作成者 職・氏名		連絡 先	—	—
児童生徒	ふりがな 氏名	性別	男・女	学 年
疾患名	食物アレルギー・アナフィラキシー・運動誘発アナフィラキシー・ぜん息・ その他()			
発 生 状 況	発生日時	年 月 日 () 午前・午後 時 分頃	学校管理下・管理外	
	発生場所	<input type="checkbox"/> 教室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 運動場 <input type="checkbox"/> 体育館 <input type="checkbox"/> 校外()		
	原因	<input type="checkbox"/> 誤食(内容) <input type="checkbox"/> 蜂 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	状態	<input type="checkbox"/> 激しい腹痛 <input type="checkbox"/> 嘔吐または下痢(2回以上) <input type="checkbox"/> 咳(頻回) <input type="checkbox"/> 喉が締めつけられる <input type="checkbox"/> 声がかれ <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> ゼーゼー <input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 脈が触れにくい <input type="checkbox"/> その他()		
発 生 時 の 対 応	薬の使用		<input type="checkbox"/> 薬()を内服・吸入 <input type="checkbox"/> エピペン®使用の有無 有→ <input type="checkbox"/> 本人が注射した <input type="checkbox"/> 本人以外()が 注射した	
	対 応	食物ア レルギー	<input type="checkbox"/> 口の中のものを取り除く <input type="checkbox"/> うがいをする <input type="checkbox"/> 手を洗う <input type="checkbox"/> 眼や顔を洗う <input type="checkbox"/> その場で安静にさせる <input type="checkbox"/> 保健室へ搬送	
		ぜん息	<input type="checkbox"/> 教室にて経過観察 <input type="checkbox"/> 腹式呼吸 <input type="checkbox"/> 水分補給 <input type="checkbox"/> 排痰 <input type="checkbox"/> 保健室へ搬送 <input type="checkbox"/> 横になる <input type="checkbox"/> 座位により経過観察	
	保護者へ連絡		<input type="checkbox"/> 済(内容:) <input type="checkbox"/> 未(理由:)	
	主治医等へ連絡		<input type="checkbox"/> 済(内容:) <input type="checkbox"/> 未(理由:)	
	救急車要請		<input type="checkbox"/> 時 分 搬送先医療機関()	
その他 参考事項				