

## 食物アレルギー・アナフィラキシー重症事例発生時 事故報告書(例)

\*本票は、食物アレルギー・アナフィラキシー発生時の事故報告書様式例。

\*授業中および部活動中における食物アレルギーの報告の流れは、「学校危機管理の手引き」による。

発症日時	令和 年 月 日 ( 曜日 ) 時 分			
学 校 名	立 学校	報告者 (職名: 氏名)		
	住 所:	TEL:		
対 応	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> アレルギー症状 ( )			
発 症 時 の 活 動 内 容	<input type="checkbox"/> 給食中・昼食中 <input type="checkbox"/> 昼休み <input type="checkbox"/> 休憩時間 <input type="checkbox"/> 授業中 (教科 ) <input type="checkbox"/> 学校行事 ( ) <input type="checkbox"/> 部活動 ( 部 ) <input type="checkbox"/> 登校中 <input type="checkbox"/> 下校中 <input type="checkbox"/> 寮生活中 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
児 童 生 徒 氏 名	学 年	氏 名	性 別      生 年 月 日	
	年		H 年 月 日	
基礎疾患等	<input type="checkbox"/> 有 ( )	アナフィラキシーの既往	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 無	エピペン®所持	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	*学校生活管理指導表 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	内服薬所持	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
対 応 の 概 要	発症した症状 (☑をつける)	全 身 症 状	<input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 意識もうろう <input type="checkbox"/> 尿や便を漏らす	
		循 環 器 症 状	<input type="checkbox"/> 脈が触れにくい <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い <input type="checkbox"/> 呼吸 ( ) <input type="checkbox"/> 血圧 ( / ) <input type="checkbox"/> 脈拍 ( ) <input type="checkbox"/> SpO2 ( )	
		呼 吸 器 症 状	<input type="checkbox"/> のどや胸が締め付けられる <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 犬が吠えるようなせき <input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸 <input type="checkbox"/> 息がしにくい <input type="checkbox"/> せき ( 持続し強い ・ 数回の軽い )	
		消 化 器 症 状	<input type="checkbox"/> 腹痛 (我慢できない・中等度・我慢できる) <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 吐き続ける ・ 1~2回 ・ 吐き気 )	
		皮 膚 症 状	<input type="checkbox"/> かゆみ ( 強い ・ 軽度 ) <input type="checkbox"/> じんましん ( 全身 ・ 数個 ) (部位: ) <input type="checkbox"/> 赤み ( 全身 ・ 部分的 ) (部位: )	
		そ の 他	<input type="checkbox"/> 腫れ ( 顔全体 ・ まぶた ・ 唇 ) <input type="checkbox"/> 目 ( かゆみ ・ 充血 ) <input type="checkbox"/> くしゃみ <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 口の中の違和感 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	原因	アレルゲン	<input type="checkbox"/> 鶏卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> カニ <input type="checkbox"/> 魚類 ( ) <input type="checkbox"/> 肉類 ( ) <input type="checkbox"/> 果実 ( ) <input type="checkbox"/> 落花生 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
		当日の全ての 献 立 名		
	対 応	エピペン®投与	<input type="checkbox"/> あり( 時 分) ( 本人 ・ 投与者職氏名: ) <input type="checkbox"/> なし	
		内服・吸入等	<input type="checkbox"/> あり(内服・吸入)( 時 分) ( 本人 ・ 投与者職氏名: ) <input type="checkbox"/> なし	
AED		<input type="checkbox"/> 使用 ( 時 分) ( 時 分) <input type="checkbox"/> 未使用		
救急車		<input type="checkbox"/> 要請 ( 時 分) <input type="checkbox"/> 到着 ( 時 分) <input type="checkbox"/> 搬送出発 ( 時 分)		
搬送先病院名				
教育委員会記載欄 (必要に応じて記入)				