（様式１）　提出先）□　市町立学校　→　市町教育委員会　→　県教育委員会学校安全・体育課

第一報は原則として、受診後に作成、報告する。

ただし、生命に関わる重大な事案の場合は、教育委員会に電話で一報を入れること。

　　　　　　　　　　　　　　　　　 （FAX　　　　　　　　）　 （FAX　083-922-8737）

 □　県立学校

アレルギー疾患緊急時対応報告書

|  |  |
| --- | --- |
| 報告年月日 | 　　令和　　　年　　　月　　　日（　　　曜日）　　　時　　　分 |
| 学校名 | 　　　　　　　　　　　立　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校 |
| 電話番号 |  |
| 報告者 | 職　　名 |  | 　氏名　 |  |
| 対　応　 | 　・食物アレルギー　　　　・アレルギー疾患（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 発症日時 | 　　　　　月　　　　日（　　　曜日）　　　　　時　　　分頃 |
| 時間帯（　　　　　　　　　　　　　） |
| 該当者 | 　　　　　部　　　　年　　　　組（　　　番） | 性別 | 年齢 |
|  | 　　　歳 |
| 対　応　の　概　要 | 速　報（第一報） | 発症した症状 | 全身症状 |  |
| 呼吸器症状 |  |
| 消化器症状 |  |
| 皮膚症状 |  |
| その他 |  |
| 原因 | アレルゲン |  |
| 献立名 |  |
| 学校生活管理指導表 | ・あり　　　・なし |
| 管理指導表に代わる医師の意見書等　・あり　　・なし |
|  | エピペンⓇ処方 | ・あり（ 0.15mg　、 0.3mg ）　　・なし |
| 主治医指示事項 |  |
| 既往歴 | アレルギー発症歴 | ・あり（　　　　年　　　月　対応： 　　　　　　）  |
| ・なし |
| 対　応 | エピペンⓇ投与 | ・あり（投与者の職名：　　　　 　） ・なし |
| 内服・吸入等 | ・あり（ 内服・吸入 ）（対応者の職名：　　　 ） ・なし |
| 救急搬送 | ・あり　　　・なし |
| 受診医療機関 |  |
| 続　報 | 今回の状況 | 入院 | ・あり（医療機関名：　　　　　　　）　・なし |
| 診断名 |  |
| 経　　過 |  |
| 学校の対応 |  |
| 教育委員会の対応・指示 |  |
| 教育委員会記載欄（必要に応じて記入） |  |

※　本票は、すべてのアレルギー疾患用。