　（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。