

大郡 号  
年 月 日大和郡山市教育委員会  
教育部長 様大和郡山市立 学校  
学校長 印

## 食物アレルギー対応報告書

1. 児童生徒 の情報	年 組 氏名 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	エピペン	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	アナフィラキシー既往 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	アレルギー		
2. 発生日時	年 月 日 ( ) <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分		
3. 発生場所			
4. 発見者	職名 氏名		
5. 献立	通常献立 主食 [ご飯・パン]、牛乳 おかず [ ] 対応食の内容 [ ]		
6. 発生と対 応の経過  ※時系列で記入 ※保護者対応含む			
7. 児童生徒 の症状  ※時系列で症状の経 過を記入	翌日登校 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
8. 児童生徒 への対応	服薬	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分
	服薬した薬		
	エピペン投与	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分
	119番通報	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分
	受診	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医療機関名： 同行者： 受診方法： <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 医師の診断：
9. 発生原因			
10. 再発防止策			