

【別紙】

アレルギーに関する事故速報

電話にて報告（FAX不可）

1 報告者

校名		職名		氏名	
連絡先					

2 事故者・状況

氏名		性別	男 ・ 女	学年	
日時	令和	年	月	日	午前・午後 時 分頃
場所					
活動	<input type="checkbox"/> 運動中（内容： ） <input type="checkbox"/> 運動後（内容： ）				
時間帯	<input type="checkbox"/> 登校後 <input type="checkbox"/> 教科等（ ） <input type="checkbox"/> 休み時間 <input type="checkbox"/> 昼休み <input type="checkbox"/> その他（ ）				
症状	<input type="checkbox"/> 発赤・蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 痒み <input type="checkbox"/> 口唇・眼・顔の腫れ <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐・下痢・腹痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> ぐったりしている <input type="checkbox"/> 意識低下				
食物アレルギーの既往	あり（原因食物等 ） ・ なし <small>※学校生活管理指導表提出の有無，給食除去対応の有無，運動制限の有無についてもお知らせ下さい。</small>				
状況と対応					
搬送先		入院の有無	有（入院 日） ・ 無		