

# 食物アレルギー対応 第一報

電話対応者	対応報告書提出	結果確認
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	/

連絡日時	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後			
報告者名	調布市立	学校	職名	氏名：
児童・生徒情報	年	組	氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	管理指導表 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 提出予定 ( 月 日)			
状況	発生日時	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後		
	(いつ、どこで、どのような症状で今どうしているか概要を記載) 例) リんごを食べて喉のかゆみを訴え、うがいをさせ、保健室で経過観察中。保護者に状況連絡済み。			
対応報告書案件確認 (①～⑦に該当する場合は対応報告書を提出)	①誤食	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
	②ホットライン使用	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
	③エピペン®投与	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
	④服薬	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
	⑤救急搬送	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
	⑥学校職員同行の受診	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
	⑦集団(3人以上)での発症	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	

(↓学務課記載欄)

結果報告	
管理指導表の提出・更新	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 原因/追加食物 ( )

※食物アレルギーが疑われる案件が発生した場合は、上記太枠内の情報について**電話、FAX、メール**のうち最も迅速な方法で下記へご連絡ください。

上記①～⑦に該当する場合は、後日食物アレルギー対応報告書(様式3-6-3)をご提出ください。

該当しない場合、後日学務課よりご連絡しますので、結果についてご報告ください。

<b>学務課 保健給食係</b> TEL : 042-481-7476 FAX : 042-481-7739
--