様式 3-6-3

調　　発第　　号
令和　　年　　月　　日

調布市教育委員会　宛

学校名　調布市立　　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：　　□男　□女		
	管理指導表　□無　□有　□提出予定（　　年　　月）		
	エピペン®持参　□無　□有	アナフィラキシー既往　□無　□有	
	原因食物：		
２献　立（対応状況）	（　　）	（　　）	（　　）
	（　　）	（　　）	（　　）
３状　況（時系列で記入）※保護者対応含む	発生日時：令和　年　　月　　日（　）　　時　　分		
	発症場所：	発見者：　　（職名：　　）	
	（　：　）		
	（　：　）		
	（　：　）		
	（　：　）		
	（　：　）		
	（　：　）		
	（　：　）		
	（　：　）		
	（　：　）		

4 症状	青色ゾーン	□軽いお腹の痛み（がまんできる）　□吐き気　□目のかゆみ，充血 □口の中の違和感　□唇の腫れ　□くしゃみ，鼻水，鼻づまり □軽度のかゆみ　□数個のじんましん　□部分的な赤み □その他（　　）
	黄色ゾーン	□数回の軽い咳　□中等度のお腹の痛み　□ 1～2 回の嘔吐 □1～2 回の下痢　□顔全体の腫れ　□まぶたの腫れ □強いかゆみ　□全身に広がるじんましん　□全身が真っ赤 □その他（　　）
	赤色ゾーン	□ぐったり　□意識もうろう　□尿や便を漏らす □脈が触れにくいまたは不規則　□唇や爪が青白い □のどや胸が締め付けられる　□声がかすれる □犬が吠えるような咳　□息がしにくい　□持続する強い咳き込み □ゼーゼーする呼吸（ぜん息発作症状と区別できな場合を含む） □持続する強い(がまんできない)お腹の痛み　□繰り返し吐き続ける □その他（　　）
5 ホットライン		使用　□無　□有（　：　） 連絡者名　（　　）　職名（　　） 連絡方法　□携帯電話　□固定電話　□その他 対応医師名（　　） 指示内容　□経過観察　□エピペン®投与　□救急搬送 （　　）
6 対　応		服薬　□無　□有（　：　）薬品名（　　） エピペン®投与　□無　□有（　：　） 救急搬送　□無　□有（　：　）
7 当日受診		□無　□有　（医療機関名：　　） 同行者：　受診方法：□救急車　□その他（　　） 医師の所見 入院　□無　□有（日数：　　日）
8 翌日の状況		登校　□無　□有
9 改善策等		
10備　考		

※　誤食，ホットライン使用，エピペン®投与，服薬，救急搬送，学校職員同行の受診，集団（3人以上）での発症の場合は提出してください。

※　公印を押し，原本を教育委員会へ提出し，控えを学校で保管してください。

【R4 年 3 月改訂】