

令和 年 月 日

調布市教育委員会 あて

調布市立 学校
校長

食物アレルギー研修実施報告書

下記のとおり，実施したので報告いたします。

報告者氏名()

日時	令和 年 月 日 () : ~ :
講師	氏名 : 所属 : 連絡先 TEL :
参加者	<input type="checkbox"/> 管理職 <input type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> 担任 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 調理員 <input type="checkbox"/> 事務・その他 () 参加人数 _____ 人 ※上記チェック者を含む
実施内容	
研修	<input type="checkbox"/> 事故の概要 (取組の経緯、各教職員の役割等)
	<input type="checkbox"/> ヒヤリ・ハット事例について (情報共有レポートの配布等)
	<input type="checkbox"/> 在籍児童・生徒の状況 (対応児童・生徒一覧表の配布)
	<input type="checkbox"/> 給食対応 (市立学校共通の対応、各校における1日の流れ等)
	<input type="checkbox"/> 疾患の基礎 (食物アレルギーの原因・症状等)
	<input type="checkbox"/> 緊急時対応 (緊急時個別対応カード、エピペンの使い方等)
	<input type="checkbox"/> 必要品の保管場所 (対応献立表・詳細献立表、緊急対応ファイル等)
	<input type="checkbox"/> 理解度の確認 (理解確認シート等)
訓練	<input type="checkbox"/> 役割分担に基づくシミュレーション実施
	<input type="checkbox"/> 所要時間の計時
その他	※配付資料を1部添付してください。

※実施状況把握及び謝礼手続きのため，速やかに学務課へご提出ください。