

穴粟市学校危機管理マニュアル5

食物アレルギー疾患対応マニュアル 別冊1

様式・参考資料

(令和3年2月改訂)

表 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

名前 _____（男・女） _____年__月__日生 _____年__組

提出日 _____年__月__日

※この生活管理指導表は、学校の生活において特別な配慮や管理が必要となった場合に医師が作成するものです。

		病型・治療	学校生活上の留意点	【緊急時連絡先】	★保護者
アナフィラキシー （あり・なし） ／ 食物アレルギー （あり・なし）	Ⅰ 食物アレルギー病型（食物アレルギーありの場合のみ記載） 1. 即時型 2. 口腔アレルギー症候群 3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	Ⅱ アナフィラキシー病型（アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載） 1. 食物（原因） 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3. 運動誘発アナフィラキシー 4. 昆虫（ ） 5. 医薬品（ ） 6. その他（ ）	Ⅲ 給食 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅳ 食物・食材を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅴ 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅵ 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要 Ⅶ 原因食物を除去する場合により厳しい除去が必要なもの ※本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した料理については、給食対応が困難となる場合があります。 鶏卵：卵殻カルシウム 牛乳：乳糖・乳清焼成カルシウム 小麦：醤油・酢・味噌 大豆：大豆油・醤油・味噌 ゴマ：ゴマ油 魚類：かつおだし・いりこだし・魚醤 肉類：エキス		★保護者 電話： _____ ★連絡医療機関 医療機関名： _____ 電話： _____
	Ⅷ 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に除去根拠を記載 1. 鶏卵 《 》 2. 牛乳・乳製品 《 》 3. 小麦 《 》 4. ソバ 《 》 5. ビーナッツ 《 》 6. 甲殻類 《 》（すべて・エビ・カニ） 7. 木の実類 《 》（すべて・クルミ・カシュー・アーモンド） 8. 果物類 《 》 9. 魚類 《 》 10. 肉類 《 》 11. その他1 《 》 12. その他2 《 》 Ⅷ 緊急時に備えた処方薬 1. 内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬） 2. アドレナリン自己注射薬（「エピペン®」） 3. その他（ ）	Ⅷ 除去根拠 該当するものを《 》内に記載 ① 明らかな症状の既往 ② 食物経口負荷試験陽性 ③ IgE抗体等検査結果陽性 ④ 未摂取 （ ）に具体的な食品名を記載	記載日 _____年__月__日 医師名 _____ ㊟ 医療機関名 _____		
気管支ぜん息 （あり・なし）	Ⅰ 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良	Ⅱ 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 管理必要	★保護者 電話： _____ ★連絡医療機関 医療機関名： _____ 電話： _____		
	Ⅲ-1 長期管理薬（吸入） 1. ステロイド吸入薬 （ ） 2. ステロイド吸入薬／長時間作用性吸入ベータ刺激薬配合剤 （ ） 3. その他 （ ）	Ⅲ 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 1. 管理不要 2. 管理必要	記載日 _____年__月__日 医師名 _____ ㊟ 医療機関名 _____		
	Ⅲ-2 長期管理薬（内服） 1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 （ ） 2. その他 （ ）	Ⅳ 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要			
	Ⅲ-3 長期管理薬（注射） 1. 生物学的製剤 （ ）	Ⅴ その他の配慮・管理事項(自由記述)			
	Ⅳ 発作時の対応 1. ベータ刺激薬吸入 （ ） 2. ベータ刺激薬内服 （ ）				

裏 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

名前 _____（男・女） _____年 ____月 ____日生 _____年 ____組

提出日 _____年 ____月 ____日

アトピー性皮膚炎 (あり・なし)	病型・治療		学校生活上の留意点		記載日	
	Ⅰ 重症度のめやす（厚生労働科学研究班） 1. 軽症：面積に関わらず、軽度の皮疹のみ見られる。 2. 中等症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満に見られる。 3. 重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満に見られる。 4. 最重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上に見られる。 *軽度の皮疹：軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変 *強い炎症を伴う皮疹：紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変		Ⅱ プール指導及び長時間の紫外線下での活動 1. 管理不要 2. 管理必要		年 月 日	
	Ⅲ-1 常用する外用薬 1. ステロイド軟膏 2. タクロリムス軟膏（「プロトピック®」） 3. 保湿剤 4. その他（ ）		Ⅲ-2 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他 []	Ⅲ-3 常用する注射薬 1. 生物学的製剤	Ⅳ 動物との接触 1. 管理不要 2. 管理必要	医師名 ⑤
			Ⅴ 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要		医療機関名	
アレルギー性結膜炎 (あり・なし)	病型・治療		学校生活上の留意点		記載日	
	Ⅰ 病型 1. 通年性アレルギー性結膜炎 2. 季節性アレルギー性結膜炎（花粉症） 3. 春季カタル 4. アトピー性角結膜炎 5. その他（ ）		Ⅱ プール指導 1. 管理不要 2. 管理必要		年 月 日	
	Ⅲ 治療 1. 抗アレルギー点眼薬 2. ステロイド点眼薬 3. 免疫抑制点眼薬 4. その他（ ）		Ⅳ 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要		医師名 ⑤	
			Ⅴ その他の配慮・管理事項（自由記載）		医療機関名	
アレルギー性鼻炎 (あり・なし)	病型・治療		学校生活上の留意点		記載日	
	Ⅰ 病型 1. 通年性アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎（花粉症） 主な症状の時期： 春 、 夏 、 秋 、 冬		Ⅱ 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要		年 月 日	
	Ⅲ 治療 1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬（内服） 2. 鼻噴霧用ステロイド薬 3. 舌下免疫療法（ダニ・スギ） 4. その他（ ）		Ⅳ その他の配慮・管理事項（自由記載）		医師名 ⑤	
					医療機関名	

学校における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、本票に記載された内容を学校の全教職員及び関係機関等で共有することに同意します。

保護者氏名 _____

様式 2

食物アレルギーに関する個別調査票

住所：	家の電話番号： それ以外に連絡できる電話番号： 携帯電話番号：
児童氏名：	
保護者氏名：	

食物アレルギーについて

問 1 食べてはいけない食べ物をお知らせください。（例：小麦アレルギーでいえばパン・うどん・そうめんなどが該当します。）

--

問 2 さけるべきアレルゲン（例：小麦アレルギーでいえば小麦が該当します。）

--

問 3 今までに食物に係るアナフィラキシーショックを起こされた方は以下の欄に記入ください。

現在、アレルギー疾患治療のために使用している薬（緊急薬を含む）	
☐ ない	☐ ある
	内服薬（ 吸入薬（ 外用薬（ 注射薬（ その他（
学校に携帯を希望する薬品はありますか	
☐ ない	☐ ある（薬剤名
主治医から運動などの日常生活の中での行動について注意を受けていることはありますか	
☐ ない	☐ ある
	↓ （具体的にご記入ください）

学校給食時に除去しなければならない食べ物がある旨の申出書

令和 年 月 日

宍粟市立 学校長 様
宍粟市学校給食センター 所長 様

保護者氏名 _____ 印 _____

年 組 児童生徒名（ ）は食物アレルギー疾患により
「 」が
喫食できないことを、別紙学校生活管理指導表（もしくは診断書）を添えて提出します。
なお、上記疾患により喫食できない日を、献立表（材料表）を受領後すみやかに学級担任へ連絡するとともに、該当日は次のとおり対応いたします。

※ 具体的な処置等（当該事項を○で囲むか、具体的な対応を記入する）

1. すべての給食日に弁当を持参させます。
2. 食べてはいけない食物がある日の献立に対して
 - A. 弁当（おかず）を持参させます。
 - B. その他（ ）
3. 牛乳を飲んではいけないとき
 - A. 家庭から持参したお茶を飲む。
 - B. その他（ ）

様式 3-2

学校給食の申込みについて

令和 年 月 日

宍粟市立 学校長 様
宍粟市学校給食センター 所長 様

保護者氏名

印

年 組 児童生徒名（ ）は食物アレルギー疾患などに
より「 」が喫食でき
ませんでした。令和 年 月 日から学校給食を食べることができるようにな
りましたので報告します。

令和 年度 食物アレルギーを有する児童生徒一覧

宍粟市立

学校

No.	年	組	児童生徒名	原因食物（アレルゲン）	アナフィラキシーショック 既往の有無	学校生活上の留意点							
						給食対応	授業・活動	運動	宿泊行事等	緊急対応			その他
										内服薬	エピペン	その他	
1													
2													
3													
4													
5													

西はりま消防組合宍粟消防署長 様

宍粟市立 学校
校長 ○○ ○○

緊急時の連携について（依頼）（例）

下記の児童生徒について、緊急時の対応にご配慮いただきますようお願いいたします。

記

1. 対象児童生徒名 性別（ ）（平成 年 月 日生）

2. 保護者名

3. 住 所

4. 電話番号

5. 緊急連絡先 ①

②

6. 児童生徒の状況について

①診断名

②かかりつけ医療機関

医療機関名 (科)

主治医名

住 所

電話番号

※かかりつけ医療機関が市外の場合、市内で緊急対応（応急処置）ができる医院等がある場合はご記入ください。【医療機関名 () 科】

③児童生徒の状況

保護者の承諾について

上記の緊急時連携の依頼について、承諾いたします。

保護者名

印

※エピペンを所持している児童生徒がいる場合は、救急車が来たとき、その場で救急隊員に渡すことができるように準備しておくこと。

宍粟市教育長 様

学校名
校長名
電話番号

アドレナリン自己注射薬(エピペン®)使用報告書

下記のとおりアドレナリン自己注射薬(エピペン®)を使用したもので報告します。

記

1	発生日時	令和 年 月 日 ()	時 分
2	学部・学年・組 氏名・性別	年 組	男 女
3	発生した場合	登校時 下校時 休憩時間 給食・昼食時 授業中 () 部活動中 () 部 その他 ()	
4	エピペン®を 使用した場所	通学路 普通教室 特別教室 体育館 校庭 保健室 その他 ()	
5	エピペン®を 使用した者	本人 保護者 管理職 養護教諭 学級担任 教科担任 () その他 ()	
6	救急車要請	有り 無し	病院受診 有り 無し
7	原因と思われる アレルギー	鶏卵 牛乳 乳製品 小麦 ソバ 甲殻類 不明 その他 () ※給食の場合は、当日の献立表を添付すること	
8	エピペン®使用 に至った経緯と 学校において とった処置	※記入例を参考に、なるべく時系列で記入すること	
9	[検証] 原因・問題点		
10	今後の対策		

第1号様式（第2条関係）

就 学 時 健 康 診 断 票

					健康診断年月日		令和 年 月 日		
就 学 予 定 者	氏 名		性 別		保 護 者	氏 名			
	生 年 月 日		年 齢			現 住 所	宍粟市		
	現 住 所	宍粟市				就学予定者との関係			
主 な 既 往 歴									
アレルギーについて (あり ・ なし) 〔アレルギーがあると 答えた方は、右欄の 必要事項を記入して ください〕		医師の診断 あり ・ なし							
		原因 ・ 食 物 () ・ くすり () ・ その他 ()							
		・ アナフィラキシーショックの既往 あり ・ なし ・ アナフィラキシーショックを起こした原因は何ですか () ※アナフィラキシーショックとは、アレルギー反応により血圧低下・顔面蒼白・意識障害・呼吸困難 などを起こした状態をさします							
今までに受けたこと のある予防接種に○ を入れ、回数等を記入 してください		・ B C G ・ ポリオ[生](回) ・ ポリオ[不活化](回) ・ 3種混合(回) ・ 4種混合(回) ・ 麻しん風しん混合(回) ・ 日本脳炎(回) ・ H i b 感染症(回) ・ 肺炎球菌感染症(回) ・ 水ぼうそう ・ おたふくかぜ ・ その他()							
栄 養 状 態	栄 養 不 良				耳 鼻 咽 喉 疾 患				
	肥 満 傾 向								
脊 柱					皮 膚 疾 患				
胸 郭					歯	う 歯 数	乳 歯	処 置	本
視 力	右	A ・ B ・ C ・ D ()					永久歯	未処置	本
	左	A ・ B ・ C ・ D ()						処 置	本
聴 力	右						その他の歯の疾病及び異常	未処置	本
	左								
眼の疾病及び異常					口 腔 の 疾 病 及 び 異 常				
その他の疾患及び異常									
担 当 医 師 所 見									
担 当 歯 科 医 師 所 見									
事 後 措 置	治 療 勸 告								
	就学に関し保健 上必要な助言								
	そ の 他								
備 考									

保護者様

令和 年 月 日

関係保護者 様

宋栗市立〇〇小・中学校
校 長 〇 〇 〇 〇

「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の提出について（依頼）

（ ）の候、あなたさまにおかれましては益々ご健勝のことと存じます。

平素は、本校の教育にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

本校では、アレルギー疾患の児童生徒の学校生活をより安心して安全なものとするため、アレルギー疾患について詳しい情報を把握し、適切に対応するよう努めているところです。

つきましては、学校生活において特に配慮や健康管理が必要な場合は、別添「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」を主治医に記入していただき、学校に提出いただきますよう、よろしく申し上げます。なお、文書料が必要な場合がありますが、ご了承下さい。

また、「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」を提出していただいた後に、主治医の診断に基づき、学校での具体的な取り組みやより適切な健康管理、対応方法等を検討するため、保護者の方と面談することとしていますので、ご協力お願いします。

令和 年 月 日

主治医 様

宍粟市立〇〇小・中学校
校 長 〇 〇 〇 〇

「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の記載についてのお願い（依頼）

（ ）の候、益々ご健勝のことと存じます。

本校では、アレルギー疾患の児童生徒の学校生活をより安心して安全なものとするため、アレルギー疾患について詳しい情報を把握し、適切に対応するよう努めているところです。

つきましては、主治医の先生方の診断に基づき、学校での具体的な取り組みやより適切な健康管理、対応方法を検討したいと考えておりますので、別添「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」をご記入くださいますようお願いいたします。

（中学校用） 除去チェック票 月 日（ ）	（小学校用） 除去チェック票 月 日（ ）
今日の材料表 家庭より連絡・今日の給食対応 ・代替食を持たせます ・少量ならたべます ・本人の判断で取り除きます ・その他注意事項 （ ）	今日の材料表 家庭より連絡・今日の給食対応 ・代替食を持たせます ・少量ならたべます ・本人の判断で取り除きます ・その他注意事項 （ ）

【担任用】 月 給 食 除 去 確 認 表

除去する物がある日に○がしてあります。
○がある日は材料表と保護者からのプリントで再確認をします。
除去できたら担任はその日にチェックしてください。

年 組 名 前																							
ア レ ル ゲ ン																							
日																							
曜 日																							
家 庭																							
担 任																							

※ 月 末 に 保 健 室 に 提 出 し て く だ さ い 。

個別支援プラン(食物アレルギー)(例)

学校給食における対応決定事項

	決定(年 月 日)	決定(年 月 日)	決定(年 月 日)
給食停止等	弁当持参・牛乳停止 パン停止・ごはん停止	弁当持参・牛乳停止 パン停止・ごはん停止	弁当持参・牛乳停止 パン停止・ごはん停止
除去食対応	除去する食品	除去する食品	除去する食品
代替食対応			
その他			

学校での様子

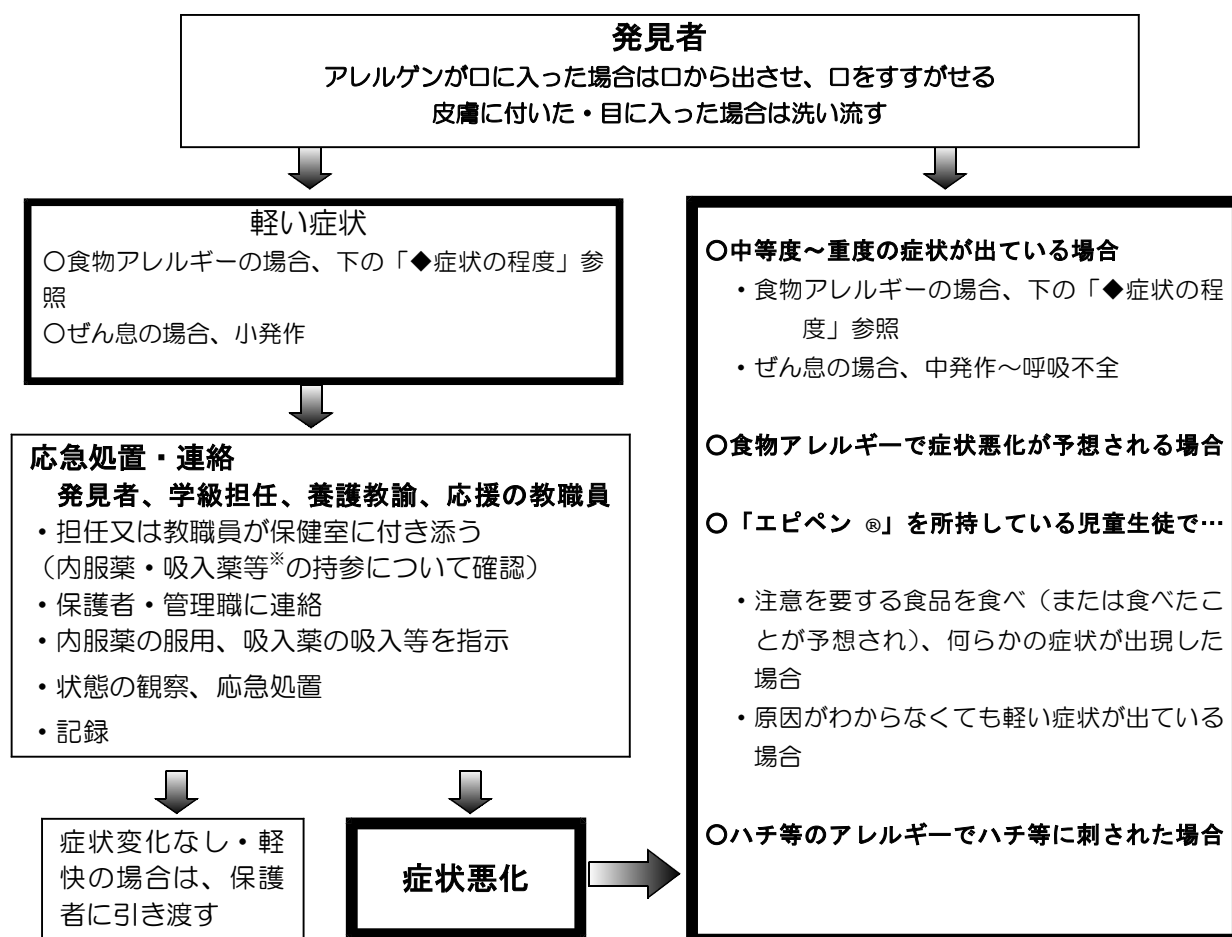
	年 月 日	年 月 日	年 月 日
症状			
経過措置			
その他			

その他・特記事項等面談記録

面談日	特記事項	最終診察日
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		

【参考資料 1】アレルギー発症時の緊急時対応プラン（例）

参考（例） 7 - 1



◆ 症状の程度

	軽い症状	中等度の症状	重度の症状
皮膚	- 限られた範囲のかゆみ - 部分的に赤い斑点 - じんましん（数個以内） - 唇が少し腫れている	- 強いかゆみ - 赤い斑点があちこちに出現 - じんましん（10個以上） - まぶたや唇が腫れ上がる	- 激しい全身のかゆみ - 全身が真っ赤 - 全身にじんましん
口・お腹	口の中のかゆみ	- 吐き気もしくは1回の嘔吐 - 軟便もしくは1回の下痢 - 時々腹痛が起きる	- 嘔吐を繰り返す - 数回以上の下痢 - 激しい腹痛
呼吸	- 時々咳が出る - くしゃみ	- 断続的な咳 - 鼻づまり、鼻水 - のどのイガイガ、のどのかゆみ	- 声がれ、声が出にくい - 絶え間ない激しい咳込み - 犬が吠えるような咳 - 呼吸時ゼーゼー、ヒューヒューと鳴る - 息切れ、息苦しい、呼吸困難
脈・顔色	変化なし	変化なし	- 脈が速い - 脈が不規則 - 顔色が青白い - 唇や爪が白い、紫色
様子	変化なし	元気がない（不活発）	- 不安、恐怖感 - ぐったり - うとうと - 意識がもうろう

※薬品や「エピペン®」は、本人が携帯・管理することが望ましい（本人が携帯・管理できない状況にある場合は適切な保管場所を本人、保護者と相談して決める）。「エピペン®」を入れている本人のカバン（ランドセル）に鍵がかかっており、とっさの際に取り出せない場合があるので注意すること。

前ページから続く

- ① 本人を動かさない。症状は急速に進行することがあるので目を離さない。
- ② 大声で応援を呼ぶ（近くの児童生徒に、保健室へ連絡・職員室へ教職員を呼びに行かせる）
以下、応援にかけつけた教職員とともに対応する

救急車要請・AED準備・「エピペン®」があれば準備

応急処置

発見者、学級担任、養護教諭等

- ・衣服をゆるめ安静にする。保温する。動かさない。
- ・状態の観察、応急処置
- ・意識状態、呼吸、心拍等の把握
- ・内服薬・吸入薬があれば服用・吸入を指示
- ・「エピペン®」があれば本人に持たせる
（意識がないときは教職員がすぐに注射）。



意識がある時
※呼吸困難があれば座らせても良いが立たせない



意識がない時

管理職の動き

- ・対応者への指示
- ・救急車要請、保護者への連絡、応急処置等適切な処置が行われているか確認
- ・必要に応じ主治医・学校医へ連絡・相談

応援の教職員の動き

- ・応急処置に参加
- ・基礎情報の確認（管理指導表等の確認）
- ・救急車要請、AED準備
- ・「エピペン®」・内服薬・吸入薬があれば準備
- ・記録（※前ページ参照）
- ・保護者へ連絡
- ・周囲の児童生徒の管理、救急隊の誘導 など

「エピペン®」があれば注射

一次救命処置（心肺蘇生・AED）

- 「エピペン®」注射のタイミングについては、P30・55（食物アレルギー緊急時個別対応カード）を参照し、疑わしい症状が見られたときは、早めに「エピペン®」の処置を開始すること。
- 「エピペン®」を注射するのは、基本的に本人である。しかし、本人が注射できない状況にあるときは、教職員が本人に代わって注射する必要がある。

救急隊に引き継ぐ

管理指導表、記録表及び使用した「エピペン®」を持参し事情のわかる教職員が救急車に同乗する

主治医に報告し、今後の指導を受ける

教職員全員・教育委員会に報告し、情報を共有する。今後の救急体制の整備に活用する

【「エピペン®」を使用の時には】

- ①「エピペン®」はアナフィラキシー発症時の補助治療剤であり、医療機関の治療に代わり得るものではないことから、直ちに医師による診察を受けること。
- ②「エピペン®」を注射したことを医師に伝え、太ももの注射部位を示すこと。また、使用済みの「エピペン®」は医師に渡す。

クラス	年 組
児童生徒氏名	

食物アレルギー個別対応経過記録票

緊急時個別対応経過記録表 記載者名 ()

1	食べた（摂取した）時刻	平成 年 月 日 時 分				
2	食べた（摂取した）状況	食べた・摂取したもの()量()場所()				
3	処 置	アレルギーの除去	☐ 口の中のものを取り除く ☐ 口をすすぐ ☐ 手を洗う ☐ 目や顔を洗う			
		緊急時処方薬	内服薬()	時 分	吸入薬()	時 分
		「エピペン®」	「エピペン®」を準備、本人に持たせる			時 分
			「エピペン®」注射 (あり なし) ありの場合→			時 分
4	救急車	救急車を要請した時刻	時 分	救急車到着時刻	時 分	
5	医療機関	医療機関 連絡時刻	時 分	医療機関到着時刻	時 分	
6	医療機関搬送先					
7	保護者	保護者への連絡時刻	時 分 (内容:)			
8	症状 ※確認された症状に○	軽い症状 (時 分頃から出現)				
		・皮膚 : 限られた範囲のかゆみ、じんましん (数個)、部分的に赤い斑点 ・口 : 口のかゆみ、唇が少し腫れている ・呼吸 : 軽い咳、くしゃみ				
		中等度～重度の症状 (時 分頃から出現)				
		・皮膚 : じんましん (10個以上)、強いかゆみ、舌や唇の腫れ、 ・お腹 : 腹痛、嘔吐、下痢、お腹と皮膚の症状が同時にある (嘔吐、下痢、腹痛に湿疹 (じんましん) が伴う) ・呼吸 : のどのイガイガ、のどのかゆみ、繰り返す咳、息苦しい 呼吸時ゼーゼー・ヒューヒューと鳴る、かすれ声、声が出ない ・脈・顔色 : 脈が速い、脈が不規則、顔色が青白い ・様子 : 不安、恐怖感、ぐったり、うとうと、意識がもうろう				
9	バイタルサイン	脈拍 (回/分)	呼吸 (荒い ふつう)	体温 (°C)		
10	その他					

救急車（119番）に伝える内容 救急車要請者名 ()

患者の名前は・・・()です。(歳)です。 学校名は・・・(学校) 学校の電話番号は ()です。 学校の所在地は・・・()です。 患者は・・・()を摂取し、アレルギー症状が出ています。	※事前に 記入
●患者は「エピペン®」を処方 ☐ されています ☐ されていません ・「エピペン®」を ☐ 注射しました ☐ 注射していません ・意識は ☐ あります ☐ ありません ・じんましんは ☐ 全身に出ています ☐ 体の一部に出ています ・嘔吐や下痢は ☐ あります ☐ ありません	

年 組 氏名				月 日 曜日
通報	時刻	症 状	処 置	対 応
(どの時点で救急車を呼んだか○をつけたり、時間を書いたりする。)	:	口内違和感 口唇のしびれ 気分不快 じんま疹（箇所： ） のどがつまった感 呼吸困難 意識障害 その他	安静 経過観察 冷却 その他	家庭連絡 病院搬送 その他
	:	口内違和感 口唇のしびれ 気分不快 じんま疹（箇所： ） のどがつまった感 呼吸困難 意識障害 その他	安静 経過観察 冷却 その他	家庭連絡 病院搬送 その他
	:	口内違和感 口唇のしびれ 気分不快 じんま疹（箇所： ） のどがつまった感 呼吸困難 意識障害 その他	安静 経過観察 冷却 その他	家庭連絡 病院搬送 その他
	:	口内違和感 口唇のしびれ 気分不快 じんま疹（箇所： ） のどがつまった感 呼吸困難 意識障害 その他	安静 経過観察 冷却 その他	家庭連絡 病院搬送 その他
		口内違和感 口唇のしびれ 気分不快 じんま疹（箇所： ） のどがつまった感 呼吸困難 意識障害 その他	安静 経過観察 冷却 その他	家庭連絡 病院搬送 その他

食物アレルギーにより食べられない食品がありましたら、月日・献立名をお知らせください。また、お子さまにも食べないようにご指導ください。よろしくお願いいたします。

1 どちらかに✓を入れてください。

☐ 今月はすべて食べられます ☐ 今月は、食べられない食品があります。

2 食べられない食品がある場合、ご記入をお願いします。

食物アレルギーにより食べられない献立

月日		献立名	食べられない食品	代替食持参の有無

【家庭より連絡】

年 組 名 前	保護者印	
---------	------	--

ヒヤリハット報告書【令和 年 月分】

事例1
原因・問題点 再発防止のための解決策
マニュアルの該当ページ

事例2
原因・問題点 再発防止のための解決策
マニュアルの該当ページ

事例3
原因・問題点 再発防止のための解決策
マニュアルの該当ページ

※この報告書は、マニュアルに基づくアレルギー対応ができなかった事例をヒヤリハットとして報告し、再発防止のために活用するものとする。