**食物アレルギー・アナフィラキシー事例報告書**

様式１１

**※本票は、事例の対応が完結した後、報告を行う。**

**【報告する事例】**

○救急搬送した場合

○食物アレルギーを有する者が、原因物質を摂取及び触れた場合

○ヒヤリハット事例

・児童生徒の健康被害が生じる恐れがあった場合

・類似事例が多く発生することが考えられる場合

・事故防止対策のためになると考えられ、他校と共有すべき場合

事例ごとに1人につき1部提出

■**給食が要因の場合は、使用食材が分かる献立表を添付すること**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 報告日 | 年 月　　日 | 報告者名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 発症日時 | 　　　　　年　　　月　　　日　（　　曜日）　　　　　　　時　　分頃 |
| 学校名 | 　　　　立　　　　　　　　　学校 |
| 該当者 | 学　年 | 性　別 | 氏　　名（救急搬送の場合のみ記入） |
| 　年 |  |  |
| **本事例について** | ※様式１０を提出している場合、重複する内容は省略可※発生時間、場所、バイタル、服薬等、時系列で記入 |
| 発生に至る経緯、発生時の状況 | ： ： ： ： ： ： |  |
| 処置、対応、保護者連絡、教育委員会連絡等 | ：：：：：： |  |
| 原因食物に触れるに至った**要因** | 「初発（既往歴なし）」以外は学校及び調理場で、**組織として要因を協議し、必ず記入** |
| 今後に向けて保護者との確認事項 |  |
| 再発防止に向けた対策・改善点（校内体制の見直しを含む） |  |
| その他 |  |
| **本本事例について** | 原因と疑われる食物 | ※ヒヤリハットの場合も記入 |
| 発症の要因(該当する場合○、重複可） | 初発（既往歴なし）　・　食後の運動 |
| 受診の有無 | 有 ・ 無 |
| **※受診をした場合は、以下の欄に記入する。** |
| 受診結果 | 新たな管理指導表 | 有 ・ 無 |
| 診断名 | 確認方法：聞き取り（保護者・医師）・文面　　　　　　　　　　　　　　 |
| 原因食物の根拠（○をつける） | １　明らかな症状の既往２　食物負荷試験陽性３　IgE抗体等検査結果陽性４　未確定 |
| **アレルギー既往****★事前に提出されていた学校生活管理指導表がある場合のみ、記載されている内容を記入する。** | 管理指導表の有無（　有　・　無　） |
| ・医師の記載日年　月 |
| ・食物アレルギー病型（　　　　　）・原因食物（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ・アナフィラキシー病型　１　食物（原因食物：　　　　　　　　 　　　）　２　食物依存性運動誘発アナフィラキシー（原因食物：　　　　　　　）　３　運動誘発アナフィラキシー　４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ・アナフィラキシー既往：発症年：　年　　月 |
| ・エピペン®の処方：（　有　・　無　） |
| その他のアレルギー疾患（○をつける） | ぜん息・花粉症・アトピー性皮膚炎・アレルギー性結膜炎・アレルギー性鼻炎じんましん・その他（　　　　　　　） |