

## ◇ 妙高市アレルギー対応マニュアル様式集〈園版〉 ◇

### 1 実態把握(入園面接の際) ※途中入園の際は、事前にアレルギーの有無を確認

様式番号	様式名	提出の流れ	備考
-	入園までの生活状況調査票	園⇔保護者	*入園面接の際、アレルギーの項目を確認し、現在の状況を確認する

### 2 食物アレルギー対応(解除)を希望する保護者へ渡す用紙

様式番号	様式名	提出の流れ	備考
園1	保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表 ※ 太枠内:主治医が記入	園⇔保護者 (保護者⇔主治医)	1月の決定通知と一緒に同封(園1と園2一緒に配付)
園2	食物アレルギー調査用紙 ※ 保護者が記入	園⇔保護者	
園3	食物アレルギーの給食対応の継続について(在園児用)	園⇒保護者	対応者に園1と一緒に配付

### 3 保護者との面談時に必要な用紙

様式番号	様式名	提出の流れ	備考
園4	食物アレルギー個別対応プラン(面談記録)	栄養士⇒ アレルギー対応委員会(園内)	※栄養士が準備
園5	食物アレルギーに伴う『飲み薬・アドレナリン自己注射薬(エピペン®)』の取扱いについて	栄養士⇒保護者	※栄養士が準備

### 4 対応の決定及び保護者への通知

様式番号	様式名	提出の流れ	備考
園6	食物アレルギー個別対応プラン(決定)	栄養士⇒園⇒保護者	
園7	個別経過記録票	栄養士⇒園保管	
園8	食物アレルギー対応表	栄養士⇒園⇔保護者	※毎月作成

### 4 緊急時に備える用紙

様式番号	様式名	提出の流れ	備考
園9	緊急時の対応手順	園保管	いつでも使用できるように準備をする
園10	症状チェックシート	園保管	
園11	緊急時対応経過記録票	園⇒救急隊員	

### 5 関係機関への報告用紙

様式番号	様式名	提出の流れ	備考
園12	食物アレルギー対応者一覧表〔給食・園外活動等を含め全て記載〕	園⇒市教委	毎年、4月20日までに提出 ※対応に変更が生じたときは、修正後に再提出する。
園13	アドレナリン自己注射薬の所持状況について	園⇒市教委⇒校医	
園14	園児の救急搬送時の協力依頼について	園⇒市教委⇒消防署	
園15	園給食を起因とする食物アレルギー発症報告書	園⇒市教委	

① 太枠内 ⇒ 医師が記入 ② 太枠外 ⇒ 保護者が記入  
※面談の1週間前までに園へ提出ください

様式一園1

(主治医→保護者→園)

# 保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表(食物アレルギー・アナフィラキシー) (2019年改訂版一部修正)

提出日 年 月 日

名前 男・女 年 月 日生 ( 歳 か月) 園名 園

※ この生活管理指導表は、保育所の生活において特別な配慮や管理が必要となった子どもに限って、医師が作成するものです。

★ 保護者  
電話:  
★ 連絡医療機関  
医療機関名:  
電話:

病型・治療		保育所での生活上の留意点		記載日
<b>アナフィラキシー(あり・なし) 食物アレルギー(あり・なし)</b>	<b>A. 食物アレルギー病型</b> 1. 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎 2. 即時型 3. その他 (新生児・乳児消化管アレルギー・口腔アレルギー症候群・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・その他: )	<b>A. 給食・離乳食</b> 1. 管理不要 2. 管理必要(管理内容については、病型・治療のC. 欄及び下記C. E欄を参照)		年 月 日
	<b>B. アナフィラキシー病型</b> 1. 食物 (原因: 2. その他 (医薬品・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・ラテックスアレルギー・昆虫・動物のフケや毛)	<b>B. アレルギー用調整粉乳</b> 1. 不要 2. 必要 下記該当ミルクに○、又は( )内に記入 ミルフィー ・ ニューMA-1 ・ MA-mi ・ ペプディエット・エレメンタルフォーミュラ その他( )		医師名
	<b>C. 原因食物・除去根拠</b> 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. ピーナッツ 《 》 6. 大豆 《 》 7. ゴマ 《 》 8. ナッツ類* 《 》 (すべて・クルミ・カシューナッツ・アーモンド・ ) 9. 甲殻類* 《 》 (すべて・エビ・カニ・ ) 10. 軟体類・貝類* 《 》 (すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ・ ) 11. 魚卵 《 》 (すべて・イクラ・タラコ・ ) 12. 魚類* 《 》 (すべて・サバ・サケ・ ) 13. 肉類* 《 》 (鶏肉・牛肉・豚肉・ ) 14. 果物類* 《 》 (キウイ・バナナ・ ) 15. その他 ( ) 「*は( )の中の該当する項目に○をするか具体的に記載すること」	<b>C. 除去食品においてより厳しい除去が必要なもの</b> 病型・治療のC. 欄で除去の際に、より厳しい除去が必要となるものみに○をつける ※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。 1. 鶏卵: 卵殻カルシウム 2. 牛乳・乳製品: 乳糖 3. 小麦: 醤油・酢・麦茶 6. 大豆: 大豆油・醤油・味噌 7. ゴマ: ゴマ油 12. 魚類: かつおだし・いりこだし 13. 肉類: エキス	<b>E. 特記事項</b> (その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定)	医療機関名
	<b>D. 緊急時に備えた処方薬</b> 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( )	<b>D. 食物・食材を扱う活動</b> 1. 管理不要 2. 原因食材を教材とする活動の制限( ) 3. 調理活動時の制限 ( ) 4. その他 ( )		電話

● 保育所における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を保育所の職員及び消防機関・医療機関等と共有することに同意しますか。

- 1. 同意する
- 2. 同意しない

保護者署名:





## 食物アレルギー調査用紙

園児名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

印

記入日：令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

## 1 アレルギーの原因となる食物と症状を記入してください。

原因となる食品	症 状 (例：じんましん、のどの違和感、口の 周りのかゆみ)	①最初に症状があったのはいつですか？ ② 最近いつ症状がありましたか？	
<input type="checkbox"/> 鶏卵		① 年 月 頃	② 年 月 頃
<input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品		① 年 月 頃	② 年 月 頃
<input type="checkbox"/> 小麦		① 年 月 頃	② 年 月 頃
<input type="checkbox"/> 種実 ( )		① 年 月 頃	② 年 月 頃
<input type="checkbox"/> その他 ( )		① 年 月 頃	② 年 月 頃

## 2 食物アレルギーの緊急時に備えた薬等は、処方されていますか。

- はい      ⇒       薬    エピペン®等  
 いいえ

※「はい」と回答された方、薬等は使用した経験はありますか。

- ある      [薬                  回程度 / エピペン®等                  回程度]  
 ない

## 3 アナフィラキシーショックの経験はありますか。

- はい                  (過去                  回)  
 いいえ

## 4 食物アレルギーについて、医療機関を受診していますか。

- はい                   いいえ

アナフィラキシーショックとは  
アレルギー反応により、じん麻疹などの  
皮膚症状、ゼーゼー、息苦しさなどの呼吸  
器症状が、複数同時かつ急激に出現した状  
況をアナフィラキシーという。その中でも、  
血圧が低下し意識レベルの低下や脱力をきた  
すような場合を、特にアナフィラキシー  
ショックという。

## 5 給食での対応（除去食・代替食など）を希望されますか。（※医師の診断に基づき対応します）

- はい       いいえ       弁当持参

## 6 食物アレルギーに関して心配なことはありますか。

[ \_\_\_\_\_ ]

- 緊急時の対応のため、この調査票に記載された内容については、職員全員で共有し、園における食物アレルギー対応のために活用させていただきます。
- 園生活管理指導表（アレルギー疾患用）と食物アレルギー調査用紙は、面談の7日前までに園へ提出してください。

(在園児用)

令和〇〇年〇月〇日

保護者 様

妙高市立〇〇〇 園  
園長 〇〇 〇〇

## 食物アレルギーの給食対応の継続について

日頃より、園給食につきましては、ご理解、ご協力をいただき感謝申し上げます。

園給食での食物アレルギーによる除去食や代替食については、提出していただいた「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表」に基づき対応をさせていただいております。

食物アレルギーは、年齢とともに症状が改善される場合があることから、年に1～2回医療機関を受診し、必要最小の食物除去を行うことが望ましいとされています。

園給食の対応についても、受診結果をもとに年1回確認をさせていただきたいと考えております。

つきましては、下記のとおり書類をご提出いただきますようお願いいたします。

## 記

1 提出書類 園生活管理指導表（アレルギー疾患用）

※ 太枠内は、医師が記入しますが、太枠外は、保護者の方が記入ください。

2 提出期限 令和〇〇年 〇月〇日（〇）まで

※間に合わない場合はご連絡ください。

3 提出先 妙高市立〇〇〇 園 〇〇 まで

4 その他

対応の変更の有無に関わらず、医療機関を受診し、「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表」の提出をお願いいたします。

担当：〇〇〇園 〇〇〇〇  
電話 〇〇 - 〇〇〇〇

課長	補佐	園指導主事	係長	園長	担当者



## 食物アレルギー個別対応プラン(面談記録)

面談年月日	令和 年 月 日		(記入者: )
歳児・組	歳児 ( 組 )		生年月日
ふりがな			<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
園児名			<input type="checkbox"/> 令和 (令和 2 年4月1日現在 歳)
面談者	保護者(続柄 父・母・祖母・祖父・その他 ) 園長・担任・栄養士・調理員・その他( )		

\*記載内容は、園生活管理指導表が提出された際等、適宜見直すこと。

食物アレルギーの病型	<input type="checkbox"/> 即時型 <input type="checkbox"/> 口腔アレルギー症候群 <input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー				
原因食物	症状が現れた時期		発症時の症状	給食での対応	配慮事項ほか
	初発	最後			
1	歳頃	歳頃		<input type="checkbox"/> 対応なし <input type="checkbox"/> 除去食・代替食を提供 <input type="checkbox"/> 弁当持参 <input type="checkbox"/> その他( )	
2	歳頃	歳頃		<input type="checkbox"/> 対応なし <input type="checkbox"/> 除去食・代替食を提供 <input type="checkbox"/> 弁当持参 <input type="checkbox"/> その他( )	
3	歳頃	歳頃		<input type="checkbox"/> 対応なし <input type="checkbox"/> 除去食・代替食を提供 <input type="checkbox"/> 弁当持参 <input type="checkbox"/> その他( )	
4	歳頃	歳頃		<input type="checkbox"/> 対応なし <input type="checkbox"/> 除去食・代替食を提供 <input type="checkbox"/> 弁当持参 <input type="checkbox"/> その他( )	
5	歳頃	歳頃		<input type="checkbox"/> 対応なし <input type="checkbox"/> 除去食・代替食を提供 <input type="checkbox"/> 弁当持参 <input type="checkbox"/> その他( )	
アナフィラキシー病型既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ 病型 <input type="checkbox"/> 食物によるアナフィラキシー <input type="checkbox"/> 食物依存型運動誘発アナフィラキシー <input type="checkbox"/> その他( ) ⇒ 今までの発症回数や直近の発症等 ( 回 )				

症状が出た時の対応	症状が出た時の対応手順	薬名	保管場所	医師からの指示事項 (飲ませるタイミングなど)
	処方されている薬	内服薬		
	吸入薬			
	外用薬			
	エピペン®			

### [ 緊急連絡先 ]

優先順位	氏名	続柄	電話番号	連絡先
1				自宅・職場・携帯
2				自宅・職場・携帯



課長	補佐	園指導主事	係長	園長	担当者



## 食物アレルギー個別対応プラン(決定)

面談年月日	令和 年 月 日 (記入者: )				
歳児・組	歳児 ( 組 )			生年月日	
ふりがな				<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 (令和 2 年4月1日現在 歳)	
園児名					
面談者	保護者(続柄 父・母・祖母・祖父・その他 ) 園長・担任・栄養士・調理員・その他( )				

\*記載内容は、園生活管理指導表が提出された際等、適宜見直すこと。

食物アレルギーの病型		<input type="checkbox"/> 即時型 <input type="checkbox"/> 口腔アレルギー症候群 <input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー				
原因食物	症状が現れた時期		発症時の症状	給食での対応	配慮事項ほか	
	初発	最後				
1	歳頃	歳頃		<input type="checkbox"/> 対応なし <input type="checkbox"/> 除去食・代替食を提供 <input type="checkbox"/> 弁当持参 <input type="checkbox"/> その他( )		
2	歳頃	歳頃		<input type="checkbox"/> 対応なし <input type="checkbox"/> 除去食・代替食を提供 <input type="checkbox"/> 弁当持参 <input type="checkbox"/> その他( )		
3	歳頃	歳頃		<input type="checkbox"/> 対応なし <input type="checkbox"/> 除去食・代替食を提供 <input type="checkbox"/> 弁当持参 <input type="checkbox"/> その他( )		
4	歳頃	歳頃		<input type="checkbox"/> 対応なし <input type="checkbox"/> 除去食・代替食を提供 <input checked="" type="checkbox"/> 弁当持参 <input type="checkbox"/> その他( )		
5	歳頃	歳頃		<input type="checkbox"/> 対応なし <input type="checkbox"/> 除去食・代替食を提供 <input type="checkbox"/> 弁当持参 <input type="checkbox"/> その他( )		
アナフィラキシー病型既往歴		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ 病型 <input type="checkbox"/> 食物によるアナフィラキシー <input type="checkbox"/> 食物依存型運動誘発アナフィラキシー <input type="checkbox"/> その他( ) ⇒ 今までの発症回数や直近の発症等 ( 回 ) ( )				

症状が出た時の対応	症状が出た時の対応手順	薬名	保管場所	医師からの指示事項 (飲ませるタイミングなど)
	処方されている薬	内服薬		
	吸入薬			
	外用薬			
	エピペン®			

### [ 緊急連絡先 ]

優先順位	氏名	続柄	電話番号	連絡先
1				自宅・職場・携帯
2				自宅・職場・携帯
3				自宅・職場・携帯

対応方法（園校生活管理指導表の確認）		
園生活上の対応 <input type="checkbox"/> A. 給食	園生活上の留意点 <input type="checkbox"/> 1. 管理不要 <input type="checkbox"/> 2. 相談し決定	
<input type="checkbox"/> B. アレルギー用調整粉乳	園生活上の留意点 <input type="checkbox"/> 1. 不要 <input type="checkbox"/> 2. 必要	
<input type="checkbox"/> C. 除去食品においてより 厳しい除去が必要なもの		
<input type="checkbox"/> D. 食物・食材を扱う活動等	園生活上の留意点 <input type="checkbox"/> 1. 管理不要 <input type="checkbox"/> 2. 相談し決定	
<input type="checkbox"/> E. 特記事項		
園給食の対応	確認事項(保護者へ説明し☑する)	備考
	<input type="checkbox"/> 園におけるアレルギー疾患生活管理指導表の提出 (入園前、対応前、年度末[※年1回は提出]) ※ 医師の診断の内容に基づき対応を行う	
	<input type="checkbox"/> 給食・おやつは、完全除去対応 ※ 基本献立の内容への配慮	
	<input type="checkbox"/> 詳細な献立表の連絡方法 (食物アレルギー対応表の内容確認・1枚返信)	
	<input type="checkbox"/> 代替食・除去食の提供方法 ○献立内容の違い (見た目、食材、同一園内複数対応) ○食器、お盆の違い	
	<input type="checkbox"/> 献立変更時の連絡方法	
	<input type="checkbox"/> 名札プレートの作成	
	<input type="checkbox"/> 保育室で食べる時の対応	
	<input type="checkbox"/> 弁当の保管方法	
	<input type="checkbox"/> 給食費の対応	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
その他記録事項		

①園における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を全ての教職員で共有することに同意します。

②〔エピペン®が処方されている場合〕 緊急時に備え、事前に園医、〇〇消防署に処方されている薬や本表に記載された内容を伝えることに同意します。

令和 年 月 日 保護者氏名 印



## 食物アレルギーに伴う

### 『飲み薬・アドレナリン自己注射薬(エピペン®)』の取扱いについて

主治医の指示により、『飲み薬・アドレナリン自己注射薬 (エピペン®)』を園で預かる際は、下記の内容に留意し行います。

#### 【事前に行うこと】

1. 医療機関を受診し、「保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表」を主治医に記載してもらい、園に提出してください。
2. 入園前の面談を行い、内服薬・アドレナリン自己注射薬「エピペン®」について、主治医の指示内容を確認し、園での対応を確認します。

#### 【定期的の確認を行うこと】

1. 『飲み薬』について
  - 園で「2回分」預かり保管します。
  - 月に1度返却します。薬の状態等を確認し、翌日(翌週)に園へ持参してください(状態により、新しい薬と交換してください)
    - ※ 新しい薬(家にあるもの)を持ってきてもらい、園にある薬と交換するのも良い。
2. 『アドレナリン自己注射薬 (エピペン)』について
  - 毎日、家庭と園を行き来しますので、確認をお願いします。

#### 【緊急時の対応】

1. 何らかの症状が出た場合は、すぐに保護者へ連絡させていただきます。『飲み薬・アドレナリン自己注射薬 (エピペン®)』の投薬または注射をすることを確認してから、行います。
  - ※ 緊急を要する場合は、これに限らず行います。
2. 「アドレナリン自己注射薬 (エピペン®)」を注射するべき状況でなければ、病院への救急搬送を優先しますが、搬送中に「アドレナリン自己注射薬 (エピペン®)」が必要になることもあるため、使用の有無にかかわらず「アドレナリン自己注射薬 (エピペン)」を病院へ持参します。
3. 園で「アドレナリン自己注射薬 (エピペン®)」を打った場合は、その後すぐ救急搬送し、医師の診断を受けます。(アドレナリン自己注射薬の投与により、いったん症状が治まるが、その後に状態が悪化する場合があるため。)

#### 【その他】

1. 薬の内容や量など変更がある場合は、必ず複数の職員で話を聞き、確認を行います。
2. 変更内容や気になる点など、必要に応じて園と保護者で確認を行います。

個別経過記録票(こども園・保育園)

作成日 年 月 日

氏名		年度末の確認書類 (保護者通知年月日)
0 歳児	① 年度途中の変更事項 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	②特記事項(ヒヤリハット・誤食等) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり  【具体的内容】  <input type="checkbox"/> 園1 生活管理指導表 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> <input type="checkbox"/> 園6 個別対応プラン <div style="text-align: right;">年 月 日</div> <input type="checkbox"/> 園15 誤食等事故報告書
	*解除 <input type="checkbox"/> 園1 生活管理指導表	
	*追加 <input type="checkbox"/> 園1 生活管理指導表 <input type="checkbox"/> 園2 食物アレルギー調査用紙	
1 歳児	① 年度途中の変更事項 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	②特記事項(ヒヤリハット・誤食等) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり  【具体的内容】  <input type="checkbox"/> 園3 給食対応の継続について (在園児用) <div style="text-align: right;">年 月 日</div> <input type="checkbox"/> 園1 生活管理指導表 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> <input type="checkbox"/> 園6 個別対応プラン <div style="text-align: right;">年 月 日</div> <input type="checkbox"/> 園15 誤食等事故報告書
	【具体的内容】	
	*解除 <input type="checkbox"/> 園1 生活管理指導表	
	*追加 <input type="checkbox"/> 園1 生活管理指導表 <input type="checkbox"/> 園2 食物アレルギー調査用紙	
2 歳児	① 年度途中の変更事項 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	②特記事項(ヒヤリハット・誤食等) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり  【具体的内容】  <input type="checkbox"/> 園3 給食対応の継続について (在園児用) <div style="text-align: right;">年 月 日</div> <input type="checkbox"/> 園1 生活管理指導表 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> <input type="checkbox"/> 園6 個別対応プラン <div style="text-align: right;">年 月 日</div> <input type="checkbox"/> 園15 誤食等事故報告書
	【具体的内容】	
	*解除 <input type="checkbox"/> 園1 生活管理指導表	
	*追加 <input type="checkbox"/> 園1 生活管理指導表 <input type="checkbox"/> 園2 食物アレルギー調査用紙	

個別経過記録票(こども園・保育園)

氏名		年度末の確認書類 (保護者通知年月日)
3 歳児	① 年度途中の変更事項 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 【具体的内容】	②特記事項(ヒヤリハット・誤食等) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 【具体的内容】
	*解除 <input type="checkbox"/> 園1 生活管理指導表	
	*追加 <input type="checkbox"/> 園1 生活管理指導表 <input type="checkbox"/> 園2 食物アレルギー調査用紙	
	*誤食 <input type="checkbox"/> 園15 誤食等事故報告書	
4 歳児	① 年度途中の変更事項 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 【具体的内容】	②特記事項(ヒヤリハット・誤食等) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 【具体的内容】
	*解除 <input type="checkbox"/> 園1 生活管理指導表	
	*追加 <input type="checkbox"/> 園1 生活管理指導表 <input type="checkbox"/> 園2 食物アレルギー調査用紙	
	*誤食 <input type="checkbox"/> 園15 誤食等事故報告書	
5 歳児	① 年度途中の変更事項 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 【具体的内容】	②特記事項(ヒヤリハット・誤食等) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 【具体的内容】
	*解除 <input type="checkbox"/> 園1 生活管理指導表	
	*追加 <input type="checkbox"/> 園1 生活管理指導表 <input type="checkbox"/> 園2 食物アレルギー調査用紙	
	*誤食 <input type="checkbox"/> 園15 誤食等事故報告書	
		小学校への引き継ぎ <input type="checkbox"/> 園6 個別対応プラン(写) <input type="checkbox"/> 園7 個別経過記録票(写)

令和〇年△月食物アレルギー対応表

〇〇保育園  
乳アレルギー(未満児)

- ・除去内容を確認します。
- ・2枚中1枚に確認印を押して園長へ渡してください。

○→除去・代替え

受け渡し  
確認

日 (曜日)	(未満児) 午前 おやつ	お昼の献立	午後 おやつ	使用食材			[妙高 花子さん:2歳児] ※各園で名前を加工してください。	給食室	園長	担任
				熱や力にな る食品	血や肉にな る食品	体の調子を 整える食品				
6 月	お茶 果物	カレー わかめサラダ オレンジ	牛乳 せんべい	じゃがいも 米油 カレールウ ごま ごま油 せんべい	豚肉 わかめ 牛乳	玉ねぎ 人参 きゅうり グリーンピース キャベツ とうもろこし オレンジ	午前			
							昼	※カレールウはアレルギーを含みません		
							午後	○牛乳→お茶 ○せんべいの成分確認		
7 火	牛乳 せんべい	鶏団子汁 ツナとごぼうのサラダ バナナ	ヨーグルト	小麦粉 春雨 砂糖 ごま マヨネーズ	鶏肉 豆腐 油揚げ ツナ ヨーグルト	玉ねぎ 白菜・人参 ほうれん草 ごぼう キャベツ とうもろこし バナナ	午前	○牛乳→お茶 ○せんべいの成分確認		
							昼			
							午後	○ヨーグルト→ゼリー(成分確認)		
8 水	お茶 果物	みそラーメン パインサラダ もものコンポート	牛乳 せんべい	中華麺 米油 ごま油 ごま せんべい	豚肉 牛乳	人参・もやし 玉ねぎ しいたけ とうもろこし めんま・ねぎ キャベツ きゅうり パイナップル・桃	午前			
							昼			
							午後	○牛乳→お茶 ○せんべいの成分確認		
9 木	お茶 せんべい	竹輪の甘辛 アスパラ菜の昆布和え おぼろ汁 りんご	牛乳 ココア揚げパン	ごま油 砂糖 ごま 片栗粉 米粉パン 米油	竹輪 豆腐 牛乳	アスパラ菜 もやし 人参 ねぎ しいたけ りんご	午前	○せんべいの成分確認		
							昼			
							午後	○牛乳→お茶 ○ココア揚げパン→食べられるパン ミルクココア抜き(砂糖)		
10 金	ヨーグルト	鮭のみそ焼き 紅白なます 筑前煮 ゼリー	牛乳 せんべい	砂糖 ごま 米油 こんにゃく ゼリー せんべい	鮭 鶏肉 牛乳	大根 人参 しいたけ ごぼう れんこん たけのこ さやいんげん	午前	○ヨーグルト→果物		
							昼	※ゼリーはアレルギーを含みません		
							午後	○牛乳→お茶 ○せんべいの成分確認		
14 火	お茶 果物	スキー汁(上越) がんもの煮物 ブロッコリーのおかか和え オレンジ	牛乳 せんべい	こんにゃく 米油 さつま芋 砂糖 せんべい	豆腐 豚肉 がんもどき かつお節 牛乳	大根 人参 ごぼう しいたけ ブロッコリー キャベツ オレンジ	午前			
							昼			
							午後	○牛乳→お茶 ○せんべいの成分確認		
15 水	お茶 せんべい	豆腐と白菜のオイスターソース煮 れんこんのごまマヨ和え バナナ	牛乳 マフィン	米油 片栗粉 マヨネーズ ごま 砂糖 白玉	豆腐 豚肉 牛乳 小豆	白菜 玉ねぎ・人参 ごまつな しいたけ れんこん ほうれん草 キャベツ バナナ	午前	○せんべいの成分確認		
							昼			
							午後	○牛乳→お茶 ※マフィンはアレルギーを含みません		
16 木	牛乳 せんべい	鯖のカレー揚げ きつね和え みそ汁 りんご	ヨーグルト	片栗粉 米油 砂糖 じゃがいも	鯖 油揚げ わかめ ヨーグルト	ほうれん草 人参 もやし なめこ 白菜 りんご	午前	○牛乳→お茶 ○せんべいの成分確認		
							昼			
							午後	○ヨーグルト→ゼリー(成分確認)		
17 金	ヨーグルト	わかさぎのフリッター (1歳児:煮魚) 千草あえ 妙高雪国のつぺ汁 みかん	牛乳 せんべい	米油 ごま油 さといも 片栗粉 こんにゃく 小麦粉 せんべい	わかさぎ 鶏肉 油揚げ 竹輪 牛乳	アスパラ菜 人参 ごぼう もやし とうもろこし しいたけ みかん	午前	○ヨーグルト→果物		
							昼			
							午後	○牛乳→お茶 ○せんべいの成分確認		
20 月	お茶 せんべい	豚肉といももちの粕煮 (未満児:いももちなし) ツナと青菜の和え物 りんご	牛乳 今川焼き	じゃが芋 小麦粉 砂糖 ごま 今川焼き	豚肉 油揚げ ツナ 牛乳	大根 人参 キャベツ さやいんげん ほうれん草 りんご	午前	○せんべいの成分確認		
							昼			
							午後	○牛乳→お茶 ※今川焼きはアレルギーを含みません		

令和〇年△月食物アレルギー対応表

〇〇保育園  
乳アレルギー(未満児)

- ・除去内容を確認します。
- ・2枚中1枚に確認印を押して園長へ渡してください。

○→除去・代替え

受け渡し  
確認

日 (曜日)	(未満児) 午前 おやつ	お昼の献立	午後 おやつ	使用食材			[妙高 花子さん:2歳児] ※各園で名前を加工してください。	給食室	園長	担任
				熱や力にな る食品	血や肉にな る食品	体の調子を 整える食品				
21 火	お茶 せんべい	ほうれん草のオムレツ ブロッコリー さつま芋の豆乳スープ みかん ごま塩	牛乳 果物	マヨネーズ 米油 さつま芋	卵 豆乳 ベーコン 牛乳	ほうれん草 玉ねぎ とうもろこし 人参 ブロッコリー アスパラ菜 みかん・バナナ	午前 ○せんべいの成分確認 昼 ○ベーコンは成分を確認して使用 午後 ○牛乳→お茶			
22 水	お茶 果物	ドライカレー ひじきサラダ オレンジ	牛乳(200) せんべい	カレールウ 米油 ごま油 ごま せんべい	豚肉 大豆 ひじき 牛乳	玉ねぎ 人参 セロリ ピーマン キャベツ とうもろこし オレンジ	午前 ○牛乳→お茶 昼 ※カレールウはアレルゲンを含みません 午後 ○牛乳→お茶 ○せんべいの成分確認			
23 木	牛乳 せんべい	わかめごはん 豚カツ みそ汁 ブロッコリーのおかか和え ゼリー	お茶 ケーキ (1歳児:お米 のケーキ)	米・小麦粉 米油 パン粉 さつま芋 ゼリー ケーキ	わかめ 豚肉 かつお節	ブロッコリー 大根 人参 ねぎ	午前 ○牛乳→お茶 ○せんべいの成分確認 昼 ※ゼリーはアレルゲンを含みません 午後 ○ケーキ→お米のケーキ(アレルゲンを 含みません)			
24 金	ヨーグルト	鮭のガリバー焼き ブロッコリーソテー 野菜スープ ゆかり バナナ	牛乳 せんべい	バター 米油 じゃがいも せんべい	鮭 青のり 牛乳	ブロッコリー 人参 キャベツ 白菜 玉ねぎ とうもろこし バナナ	午前 ○ヨーグルト→果物 昼 ○鮭のガリバー焼き→バター抜き 午後 ○牛乳→お茶 ○せんべいの成分確認			
27 月	お茶 果物	さつま芋とマカロニのシチュ ーナのみそドレサラダ オレンジ	牛乳 せんべい	マカロニ さつま芋 シチュールウ 砂糖 米油 せんべい	鶏肉 豆乳 ツナ 牛乳 わかめ	玉ねぎ・人参 キャベツ ブロッコリー もやし とうもろこし オレンジ	午前 ○牛乳→お茶 ○せんべいの成分確認 昼 ※シチュールウはアレルゲンを含まないものを使用 ※シチューに牛乳は使用していません 午後 ○牛乳→お茶 ○せんべいの成分確認			
28 火	お茶 せんべい	イカ香味焼き(1歳児:煮魚) 五目きんぴら 冬野菜みそ汁 セレクトデザート	フルーツ ヨーグルト和え	ごま油 米油 しらたき 砂糖・ごま じゃがいも ゼリー	イカ 油揚げ さつま揚げ ヨーグルト クリーム	ごぼう・人参 れんこん さやいんげん 大根・白菜・ねぎ バナナ パイナップル みかん・桃	午前 ○せんべいの成分確認 昼 ※ゼリーはアレルゲンを含みません 午後 ○フルーツヨーグルト和え→ヨーグルト・クリーム 抜き			
29 水	お茶 せんべい	じゃが芋のそぼろ煮 納豆和え グレープフルーツ	牛乳 肉まん	じゃがいも 砂糖 しらたき 片栗粉 小麦粉	豚肉 納豆 油揚げ 牛乳 かつお節	人参・玉ねぎ たけのこ さやいんげん もやし ほうれん草 グレープフルーツ	午前 ○せんべいの成分確認 昼 ○牛乳→お茶 午後 ○牛乳→お茶			
30 木	ヨーグルト	厚揚げのゴマダレ 白菜のおかか和え みそ汁 りんご	牛乳 せんべい	ごま 片栗粉 砂糖 せんべい じゃがいも	生揚げ かつお節 牛乳	白菜・人参 まいたけ ほうれん草 玉ねぎ ねぎ りんご	午前 ○ヨーグルト→果物 昼 ○牛乳→お茶 ○せんべいの成分確認 午後 ○牛乳→お茶 ○せんべいの成分確認			
31 金	牛乳 せんべい	チキンナゲット みかんサラダ 根菜スープ ごま塩 バナナ	のむヨーグルト	小麦粉 米油 砂糖	鶏肉 豆腐 なると ヨーグルト	キャベツ きゅうり みかん・大根 れんこん 人参・ねぎ バナナ	午前 ○牛乳→お茶 ○せんべいの成分確認 昼 ○牛乳→お茶 ○せんべいの成分確認 午後 ○のむヨーグルト→ゼリー(成分確認)			

※除去の確認・発注を行いました。 園長 印( 月 日) / 調理員 印( 月 日)

※上記の内容を園長から説明を受け、確認しました。 保護者名 印( 月 日)

歳児組  
○○ △△ さん

# < 緊急時の対応手順(例) >



◇アレルギー症状がある  
(食物の関与の疑い)

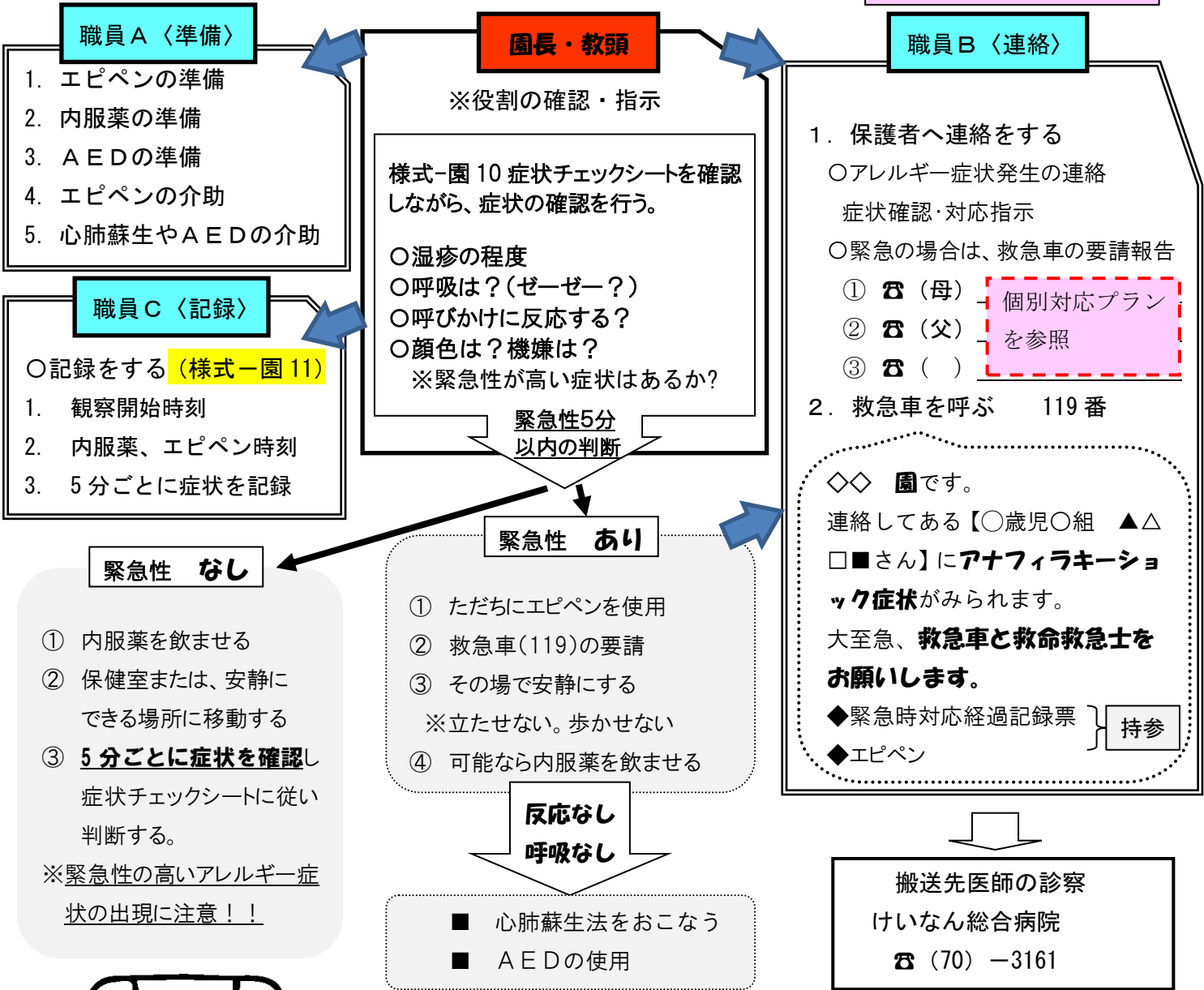
◇原因食物を食べた  
(可能性を含む)

◇原因食物に触れた  
(可能性を含む)

発見者が行うこと

1. 子どもから目を離さない
2. 助けを呼び、人を集める
3. エピペンと内服薬を持ってくるように指示する。

1. 何を食べたか?
2. いつ食べたか?
3. 食べてどのくらいで?
4. 症状は?



**職員C (記録)**  
○記録をする (様式-園 11)  
1. 観察開始時刻  
2. 内服薬、エピペン時刻  
3. 5分ごとに症状を記録

**園長・教頭**  
※役割の確認・指示  
様式-園 10 症状チェックシートを確認しながら、症状の確認を行う。  
○湿疹の程度  
○呼吸は?(ゼーゼー?)  
○呼びかけに反応する?  
○顔色は?機嫌は?  
※緊急性が高い症状はあるか?  
緊急性5分以内の判断

**職員B (連絡)**  
1. 保護者へ連絡をする  
○アレルギー症状発生時の連絡  
症状確認・対応指示  
○緊急の場合は、救急車の要請報告  
① ☎ (母) 個別対応プランを参照  
② ☎ (父)  
③ ☎ ( )  
2. 救急車を呼ぶ 119番  
◇◇ 園です。  
連絡してある【○歳児○組 ▲△ □■さん】に**アナフィラキシーショック**症状がみられます。  
大至急、**救急車と救命救急士をお願いします。**  
◆緊急時対応経過記録票 } 持参  
◆エピペン

**緊急性 なし**  
① 内服薬を飲ませる  
② 保健室または、安静にできる場所に移動する  
③ **5分ごとに症状を確認**し症状チェックシートに従い判断する。  
※緊急性の高いアレルギー症状の出現に注意!!

**緊急性 あり**  
① ただちにエピペンを使用  
② 救急車(119)の要請  
③ その場で安静にする  
※立たせない。歩かせない  
④ 可能なら内服薬を飲ませる

**反応なし 呼吸なし**  
■ 心肺蘇生法をおこなう  
■ AEDの使用

搬送先医師の診察  
けいなん総合病院  
☎ (70) - 3161

【主治医】  
●●クリニック  
☎ 025-000-0000

園医: 医院  
☎ ( ) -

幼児教育係  
☎ (74) - 0040

報告



※「アドレナリン自己注射(薬)」は「エピペン」と表記する。

# 症状チェックシート

★症状は急激に変化することがあるため、目を離さず、注意深く症状を観察する。経過は裏面の記録表を活用する。

★    の症状が一つでもあてはまる時は、エピペン®を使用する。(内服薬との併用は可能)

## 対象園児名

観察を開始した時刻( 時 分) 内服した時刻( 時 分) エピペン®を使用した時刻( 時 分)

<b>全身の症状</b>	<input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 意識もうろう <input type="checkbox"/> 尿や便をもらす <input type="checkbox"/> 脈がふれにくいまたは不規則	症状なし	症状なし
<b>呼吸器の症状</b>	<input type="checkbox"/> のどや胸が締め付けられる <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 犬がほえるような咳 <input type="checkbox"/> 息がしにくい <input type="checkbox"/> 持続する強い咳き込み	<input type="checkbox"/> 数回の軽い咳	症状なし
<b>消化器の症状</b>	<input type="checkbox"/> 持続する強い(がまんできない)お腹の痛み <input type="checkbox"/> 繰り返し吐き続ける	<input type="checkbox"/> 中等度のお腹の痛み <input type="checkbox"/> 1~2回のおう吐 <input type="checkbox"/> 1~2回の下痢	<input type="checkbox"/> 軽いお腹の痛み(がまんできる)
<b>目・口・鼻・顔面の症状</b>	上記の症状が 一つでもあてはまる場合	<input type="checkbox"/> 顔全体の腫れ <input type="checkbox"/> まぶたの腫れ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ、充血 <input type="checkbox"/> 口に中の違和感、唇の腫れ <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、鼻づまり
<b>皮膚の症状</b>		<input type="checkbox"/> 強いかゆみ <input type="checkbox"/> 全身に広がるじんましん <input type="checkbox"/> 全身が真っ赤	<input type="checkbox"/> 軽度のかゆみ <input type="checkbox"/> 数個のじんましん <input type="checkbox"/> 部分的な赤み
		一つでもあてはまる場合	一つでもあてはまる場合

- ①ただちにエピペン®を使用する。
- ②救急車を要請する
- ③その場で安静にする(立たせたり、歩かせたりしない)
- ④その場で救急隊を待つ
- ⑤可能なら内服薬を飲ませる

ただちに救急車で医療機関へ搬送

- ① 内服薬を飲ませ、エピペン®を準備する
- ② 速やかに医療機関を受診する(救急車の要請も考慮)
- ③ 医療機関に到着するまで目を離さずに観察、記録し、   の症状が一つでも当てはまる場合、エピペン®を使用する

速やかに医療機関を受診

- ① 内服薬を飲ませる
- ② 目を離さずに観察し、症状の経過を記録する。症状の改善がみられない場合は医療機関を受診する

安静にし、

(食物アレルギー)

緊急時の持ち出し品

- ・給食日誌
- ・加工品配合表

(緊急時に保護者または、救急隊へ)

記録者: ( )

緊急時対応経過記録票

名前

生年月日: 平成/令和 年 月 日 ( 歳)

誤食をした時間	令和 年 月 日	午前・午後	時 分
発症時間	令和 年 月 日	午前・午後	時 分
食べたものその量			
連絡確認	<input type="checkbox"/> 園長への連絡 <input type="checkbox"/> 保護者への連絡 <input type="checkbox"/> 主治医、囑託医への連絡		
初期対応	<input type="checkbox"/> 食物が皮膚に触れて症状がある	⇒ 触れた皮膚を流水で洗い流す	(時刻: 時
	<input type="checkbox"/> 眼症状がある	⇒ 目を流水で洗う	(時刻: 時
	<input type="checkbox"/> 食物が口の中にある	⇒ 食べ物を吐き出させて、十分にゆすぐ	(時刻: 時
処置	【内服の使用】	あり ・ なし (内容 )	時 分
	【エピペンの使用】	あり ・ なし (内容 )	時 分

◆症状のチェックは緊急性が高い、左の欄から行う( ■ ⇒ ■ ⇒ ■ )

全身	<input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 意識がもうろう <input type="checkbox"/> 尿や便を漏らす <input type="checkbox"/> 脈が触れにくいまたは不規則 <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い	症状なし	症状なし
呼吸器	<input type="checkbox"/> のどや胸が締め付けられる <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 犬が吠えるような席 <input type="checkbox"/> 息がしにくい <input type="checkbox"/> 持続する強い咳き込み <input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸	<input type="checkbox"/> 数回の軽い咳	症状なし
消化器	<input type="checkbox"/> 持続する(がまんできない)お腹痛い <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 繰り返す吐き続ける	<input type="checkbox"/> 中等度のお腹痛い <input type="checkbox"/> 1~2回の嘔吐 <input type="checkbox"/> 1~2回の下痢	<input type="checkbox"/> 軽い(がまんできる)お腹痛い <input type="checkbox"/> 吐き気
目・鼻・口・顔	<b>上記の症状が 1つでも当てはまる場合</b>	<input type="checkbox"/> 顔全体の晴れ <input type="checkbox"/> まぶたの晴れ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ、充血 <input type="checkbox"/> 口の中の違和感 <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水、鼻づまり
皮膚		<input type="checkbox"/> 強いかゆみ <input type="checkbox"/> 全身に広がるじんま疹 <input type="checkbox"/> 全身が真っ赤	<input type="checkbox"/> 軽度のかゆみ <input type="checkbox"/> 数個のじんま疹 <input type="checkbox"/> 部分的な赤み
		1つでも当てはまる場合	1つでも当てはまる場合
		ただちに緊急対応	速やかに医療を受診
		安静にし、注意深く経過観察	

時間	症状経過・処置など	対応者名	対応(チェック)
:			<input type="checkbox"/> 初期対応 <input type="checkbox"/> 口の中のものを取り除く <input type="checkbox"/> うがいをする <input type="checkbox"/> 手を洗う <input type="checkbox"/> 触れた部位を洗い流す  <input type="checkbox"/> 園長、担任へ連絡  <input type="checkbox"/> 保護者へ連絡  <input type="checkbox"/> 主治医、囑託医へ連絡  <input type="checkbox"/> 緊急時処方薬の使用  <input type="checkbox"/> 医療機関受診  <input type="checkbox"/> 救急車の要請
:			
:			
:			
:			
:			
:			
:			
:			
:			

※「アドレナリン自己注射(薬)」を「エピペン」と表記する。



令和    年度

## 食物アレルギー対応者一覧表〔給食・園外活動等を含め全て記載〕

色の箇所のみ入力

園名 妙高市立    園報告者   (令和    年 4月 30日 現在)

	園児名		原因となるもの	管理指導表の提出の有無	アナフィラキシー症状の既往	〔内服薬〕所持の有無	〔エピペン〕所持の有無	〔給食対応〕有無
例	3	歳児 妙高 太郎	卵	有または無し	有または無し	有または無し	有または無し	有または無し
1	<span style="background-color: #FFDAB9; border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span>	歳児 <span style="background-color: #FFDAB9; border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span>	卵	有	無	有	無	弁当
2		歳児						
3		歳児						
4		歳児						
5		歳児						
6		歳児						
7		歳児						
8		歳児						
9		歳児						
10		歳児						

リスト選択ができるようにしてあります。

※「アドレナリン自己注射(薬)」を「エピペン」と表記する。

新年度の一覧表は、4月末までに市教委へ提出する。年度の途中で追加があった場合は、その都度市教委へ提出する。

妙高市立 ○○○園  
園医 ○○ ○○ 様

(園→市教委→園医)

妙高市立○○○園  
園長 ○○ ○○

## アドレナリン自己注射薬 (エピペン®) の所持状況について

下記の園児について、「アドレナリン自己注射薬『エピペン®0.15mg』・『エピペン®0.3mg』」を所持しております。  
園でも預かっており、主治医の指示に基づき対応しますので、ご承知ください。

令和 年 4 月 日現在

氏 名			<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
生年月日	令和 年	月	日	( 歳児)
アレルギー				
投薬の指示	<input type="checkbox"/> あり (薬名: )			
アドレナリン自己注射薬の所持 「エピペン®0.15mg」 「エピペン®0.3mg」	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 「エピペン®0.15mg」		<input type="checkbox"/> 「エピペン®0.3mg」
アナフィラキシーショック経験	<input type="checkbox"/> あり ( 回)		<input type="checkbox"/> なし	
主治医	医療機関名: 医師名: 連絡先: 0255 - -			
<b>緊急搬送先</b>	医療機関名: 医師名: 連絡先: 0255 - -			
保護者情報	保護者名			
	住所	妙高市		
園情報	園名	妙高市立		
	住所	妙高市		
	電話	0255 - -		
	園長名			
その他連絡事項				

(園→市教委→消防署)

上越地域消防事務組合 ○○消防署 様

妙高市立○○○園  
園長 ○○ ○○

## 園児の救急搬送時の協力依頼について

下記の園児について、主治医の指示に基づき「アドレナリン自己注射薬『エピペン®0.15mg』・『エピペン®0.3mg』」を所持しており、園でも預かっております。緊急時の救急車の要請の際は、救急救命士の派遣をお願いいたします。

令和 年 4 月 日現在

氏名		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
生年月日	令和 年 月 日	( 歳児)	
アレルギー			
投薬の指示	<input type="checkbox"/> あり (薬名: )		
アドレナリン自己注射薬の所持 「エピペン®0.15mg」 「エピペン®0.3mg」	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 「エピペン®0.15mg」 <input type="checkbox"/> 「エピペン®0.3mg」	
アナフィラキシーショック経験	<input type="checkbox"/> あり ( 回) <input type="checkbox"/> なし		
主治医	医療機関名: 医師名: 連絡先: 0255 - -		
<b>緊急搬送先</b>	医療機関名: 医師名: 連絡先: 0255 - -		
保護者情報	保護者名		
	住所	妙高市	
園情報	園名	妙高市立	
	住所	妙高市	
	電話	0255 - -	
	園長名		
その他連絡事項			

取扱注意

園給食を起因とする食物アレルギー発症報告書（第 報）

報告年月日				時間			現在		
報告者	園名等				職・氏名				
	電話				メール				
	ファクス				教育事務所担当職・氏名				
事故発生日時									
事故発生場所						園管理下	<input type="checkbox"/> 管理下 <input type="checkbox"/> 管理外		
対象園児等	氏名（年齢）				クラス			性別：○男子 ○女子	
園生活指導作成状況	作成状況	<input type="checkbox"/> 作成 <input type="checkbox"/> 未作成 <input type="checkbox"/> その他		その他の場合					
	直近作成年月日			直近面談年月日					
	原因食物	<input type="checkbox"/> 鶏卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> 種実類・木の実類 <input type="checkbox"/> 甲殻類(エビ・カニ) <input type="checkbox"/> 魚類 <input type="checkbox"/> 肉類 <input type="checkbox"/> 果物類 <input type="checkbox"/> その他					その他の場合		
	緊急時処方薬	<input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 抗ヒスタミン <input type="checkbox"/> ステロイド			<input type="checkbox"/> エピペン		<input type="checkbox"/> なし		
	保管場所								
園給食対応	<input type="checkbox"/> 詳細な献立表		<input type="checkbox"/> 一部弁当対応		<input type="checkbox"/> 除去食対応		<input type="checkbox"/> 代替食対応		
	対応年月日			対応年月日			対応年月日		
	送付経路			配食経路		配食経路		配食経路	
	<input type="checkbox"/> 未対応		<input type="checkbox"/> 保護者了解済み		<input type="checkbox"/> 初発		<input type="checkbox"/> その他		その他の場合
調理場施設名						喫食時間			
献立 ※ 献立表添付									
事故発生源食物					加工品の場合、納入業者名				
	園給食対応		<input type="checkbox"/> 詳細な献立表 <input type="checkbox"/> 一部弁当対応		<input type="checkbox"/> 除去食対応 <input type="checkbox"/> 代替食対応		<input type="checkbox"/> 未対応		
事故発生状況及びその原因									
喫食後の運動	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	運動時刻			内容				
内服薬投与	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	投与時刻			対応者	<input type="checkbox"/> 園長等 <input type="checkbox"/> 教頭・主任 <input type="checkbox"/> 担任 <input type="checkbox"/> その他教職員			
エピペン注射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	実施者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 園長等 <input type="checkbox"/> 教頭・主任 <input type="checkbox"/> 担任 <input type="checkbox"/> その他教職員						
	注射時刻	補助者	<input type="checkbox"/> 園長等 <input type="checkbox"/> 教頭・主任 <input type="checkbox"/> 担任 <input type="checkbox"/> その他教職員						

病院搬送	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	搬送先			搬送先到着時刻	
	搬送方法	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 教職員自家用車 <input type="checkbox"/> その他			その他の場合	
	対応者	<input type="checkbox"/> 園長等 <input type="checkbox"/> 教頭・主任 <input type="checkbox"/> 担任 <input type="checkbox"/> その他教職員				
	連絡者	<input type="checkbox"/> 園長等 <input type="checkbox"/> 教頭・主任 <input type="checkbox"/> 担任 <input type="checkbox"/> その他教職員				
	連絡時刻		到着時刻		出発時刻	
治療内容・処置 対応・経過						
入院の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	退院予定日			<input type="checkbox"/> 治療後、帰宅	
園医・主治医 等への連絡	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> 園医	連絡時刻		<input type="checkbox"/> 主治医	連絡時刻
	連絡者	<input type="checkbox"/> 園長等 <input type="checkbox"/> 教頭・主任 <input type="checkbox"/> 担任 <input type="checkbox"/> その他教職員				
	指示内容					
運動誘発性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
アレルギー症状	<input type="checkbox"/> 顔面・目・ 口・鼻の症状	<input type="checkbox"/> 顔面の腫れ <input type="checkbox"/> 目のかゆみや充血 <input type="checkbox"/> まぶたの腫れ <input type="checkbox"/> くしゃみ・鼻水・はなづまり <input type="checkbox"/> 口の中の違和感(イガイガ感) <input type="checkbox"/> 唇の腫れ			発症時刻	
	<input type="checkbox"/> 皮膚症状	<input type="checkbox"/> じんましん→ <input type="checkbox"/> 局所 <input type="checkbox"/> 全身 <input type="checkbox"/> かゆみ・赤み→ <input type="checkbox"/> 局所 <input type="checkbox"/> 全身			発症時刻	
	<input type="checkbox"/> 消化器 症状	<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐→ <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 4回 <input type="checkbox"/> 5回以上 <input type="checkbox"/> 下痢→ <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 4回 <input type="checkbox"/> 5回以上			発症時刻	
	<input type="checkbox"/> 呼吸器 症状	<input type="checkbox"/> 声のかすれ <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> ゼーゼー・ヒューヒュー(喘鳴) <input type="checkbox"/> 犬が吠えるような咳 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 呼吸困難			発症時刻	
	<input type="checkbox"/> 全身症状	<input type="checkbox"/> 意識→ <input type="checkbox"/> 朦朧 <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> ぐったり <input type="checkbox"/> 尿・便を漏らす <input type="checkbox"/> 脈が触れにくい <input type="checkbox"/> 唇チアノーゼ <input type="checkbox"/> 血圧低下			発症時刻	
	その他の 観察事項				発症時刻	
	連絡者	<input type="checkbox"/> 園長等 <input type="checkbox"/> 教頭・主任 <input type="checkbox"/> 担任 <input type="checkbox"/> その他教職員				連絡時刻
保護者への対応	説明日時	説明場所	<input type="checkbox"/> 保護者宅 <input type="checkbox"/> 園 <input type="checkbox"/> その他		その他の場合	
	説明者	<input type="checkbox"/> 園長等 <input type="checkbox"/> 教頭・主任 <input type="checkbox"/> 担任 <input type="checkbox"/> その他教職員				
	説明状況					
在園児 等への対応						
再発防止策						
備考						

※ 緊急時の場合は、手書き及び口頭により報告してください。また、保護者へ文書を配付した場合、添付してください。