

アレルギー等事例報告書 (ヒヤリハット事例 アレルギー等発症事例)

この度、アレルギー等対応にかかわる上記事例がありましたので、以下のとおり報告します。

保育所名	保育所	報告年月日	年	月	日 ()
保育所長名		報告者職・氏名			
児童氏名		生年月日	年	月	日
クラス名	組	性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女		
日常の対応	原因食物等 () 対応方法 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 除去食対応 <input type="checkbox"/> 持参弁当 エピペン預かり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 内服薬預かり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
生活管理指導表	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
発生日時	年	月	日 ()	時	分
発生場所	保育所内: <input type="checkbox"/> 保育室 <input type="checkbox"/> 園庭 <input type="checkbox"/> 給食室 <input type="checkbox"/> その他 () 保育所外: <input type="checkbox"/> 道路 <input type="checkbox"/> その他 ()				
発生時の状況	<input type="checkbox"/> 午前おやつ中 <input type="checkbox"/> 昼食中 <input type="checkbox"/> 午後おやつ中 <input type="checkbox"/> 給食調理中 <input type="checkbox"/> 給食室配膳中 <input type="checkbox"/> クラス内配膳中 <input type="checkbox"/> クラス活動中 <input type="checkbox"/> 午睡中 <input type="checkbox"/> 散歩中 <input type="checkbox"/> 園外保育中 <input type="checkbox"/> その他 ()				
第一発見者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 他の児童 <input type="checkbox"/> 保護者 () <input type="checkbox"/> 担任保育士 <input type="checkbox"/> 担任以外の保育士 <input type="checkbox"/> 給食調理員 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保育所長 <input type="checkbox"/> その他 ()				
内容 (疑いを含む。複数選択可)	<input type="checkbox"/> 原材料間違い <input type="checkbox"/> 納品物間違い <input type="checkbox"/> 除去食の間違い <input type="checkbox"/> 調理中の間違い <input type="checkbox"/> 配膳時の間違い <input type="checkbox"/> 他の児童のものを誤食 <input type="checkbox"/> 初めての発症(既往歴なし) <input type="checkbox"/> その他 ()				
発生原因	<input type="checkbox"/> 食物 () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明				
発生の状況 (具体的に記入)					
児童の状況 (症状)	<input type="checkbox"/> 発症なし <input type="checkbox"/> 新規発症 <input type="checkbox"/> 既往歴あり 症状: <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> くしゃみ <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 腫れ () <input type="checkbox"/> じんましん () <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> その他()				
薬の使用	<input type="checkbox"/> 使用 () <input type="checkbox"/> 未使用 (<input type="checkbox"/> 預かりなし <input type="checkbox"/> 預かりあり)				
応急処置・医療機関への搬送など保育所のとった対応					
改善に向けた今後の対応					
備考					

※ 空欄に記入するとともに当てはまるにチェックを入れる。