

保育課長 宛

食物アレルギー事故報告書(事故発生からの経過記録)

年 月 日

保育園

園長名

事故発生日時	年 月 日 ( )		時 分		
園児名等	ふりがな 園児名	男・女	保護者名		
	生年月日	年 月 日 生 ( 歳)	クラス	0歳児・1歳児・2歳児 3歳児・4歳児・5歳児	
	住所	電話番号			
	食物アレルギー 病型	原因食物			
	アナフィラキシー の有無	処方薬の有無			
事故発生場所	<input type="checkbox"/> 保育園内( )	初発症状	<input type="checkbox"/> 通院		
	<input type="checkbox"/> 保育園外( )	発症時間	時 分	<input type="checkbox"/> 入院	
原因食物	原因食物の量				
調理方法等	当日の園児 の体調				
診断名	医療機関名				
連絡者名	連絡先		連絡時間	:	
事故の状況 (具体的に 記入)					
事後処置 ①園での処置 ②病院での処置及 び指示内容 ③保育士が受診に 同行しなかった場 合はその理由					
保護者対応 ※「特に問題なし」 の場合も、そう判断 した理由を記入す る。	<input type="checkbox"/> 特に問題なし		<input type="checkbox"/> 問題あり		
事後経過 ※報告書の提出後 に確認した内容 は、園の控え(事故 報告書)に記入して おく。	月 日	事故報告書提出日		月 日	
	月 日	治癒年月日		月 日	
	月 日	災害報告書提出日		月 日	
	月 日	災害給付日		月 日	
	月 日	児童災害見舞金	給付日	月 日	
	月 日		見舞額	円	
事故予防及 び 改善策	備考				
				<input type="checkbox"/> 医療費助成(有・無)	
				有→種類( )	
			<input type="checkbox"/> 災害給付請求(有・無)		