

神戸市 教育・保育施設等における
アレルギー対応の手引き（様式集）

アレルギー対応の手引き(様式集)

- 【様式 1】 アレルギー対応 実施計画書
- 【様式 2-1】 園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)
- 【様式 2-2】 園におけるアレルギー疾患生活管理指導表
(アレルギー性鼻炎・結膜炎)
- 【様式 2-3】 園におけるアレルギー疾患生活管理指導表
(気管支喘息・アトピー性皮膚炎)
- 【様式 3】 家庭での食物摂取状況
- 【様式 4】 園における食物アレルギー対応について
- 【様式 5】① 除去解除申請書(定型①)
- 【様式 5】② 除去解除申請書(定型②)
- 【様式 6】 緊急時個別対応票
- 【様式 7】 緊急時対応経過記録表
- 【様式 7】記入例 緊急時対応経過記録表 記入例
- 【様式 8】 誤食事故報告書・アレルギー症状発生情報提供書
- 【様式 8】記入例 誤食事故報告書・アレルギー症状発生情報提供書 記入例
- 【様式 9】 エピペン[®]預かり児の在籍調査票
- 【様式10】 園での自主チェック表「アレルギー対応確認表」

アレルギー対応 実施計画書 (園名)

クラス名	名前	性別	生年月日
組		男・女	年 月 日

★面談での確認事項 (確認年月日 年 月 日)
 (確認した職員)
 (保護者名 続柄)

【初回面接時の聞き取り内容】

◎アレルギーは、いつ頃から、何を、どのくらい食べ、どんな症状がでたか？

◎その症状は何回あったか、どんな対応をしたか、アナフィラキシー症状はあったか？

◎医師から言われた診断名とかかっている医療機関名

【生活管理指導表より転記する】

◎食物アレルギー病型

1. 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎
2. 即時型食物アレルギー
3. その他()

◎アナフィラキシー：有・無 原因()

◎アレルギー除去食物：鶏卵・牛乳、乳製品・小麦・ピーナッツ・ソバ
 その他()

【園における配慮と対応・・・関係職員で協議し決定する】

	配慮と対応
ミルク 離乳食 食事 おやつ	注意喚起表示のあるおやつは、提供可能か？(生活管理指導表【様式2-1】参照) ⇒ 提供可 ・ 注意喚起表示食品も除去
持参薬	
実施上の注意・他	

アレルギー対応 実施計画書 【対応変更記録用紙】

名前	性別	生年月日
	男・女	年 月 日

★クラス名〔 組 〕 記入日： 年 月 日

	配慮と対応(※変更点について)
食事 (ミルク、 離乳食含 む) おやつ	
持参薬	
実施上 の注意・ 他	

記入者名〔 〕

★クラス名〔 組 〕 記入日： 年 月 日

	配慮と対応(※変更点について)
食事 (ミルク、 離乳食含 む) おやつ	
持参薬	
実施上 の注意・ 他	

記入者名〔 〕

嘱託医

殿

【様式 2-1 食・アナ】表

園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)

◎ この生活管理指導表は園での生活において特別な配慮や管理が必要になった子どもに限って、医師が作成するものです。

名前	男・女	年 月 日生	歳 ヶ月	組
食物アレルギー(あり・なし) アナフィラキシー既往(あり・なし)				
病型・治療		園での生活上の留意点		
A. 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. 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(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:)		A. 給食・離乳食 (管理内容は、病型・治療のC、下記C,Eを参照) 1. 管理不要 2. 管理必要 B. 食物・食材を扱う活動 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()		
B. アナフィラキシー病型(アナフィラキシー既往有の場合のみ記載) 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)		C. アレルギー用調整粉乳 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HP・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()		
該当する全ての番号に○を記入ください(除去根拠番号) 1 明らかな症状の既往 2 食物負荷試験結果 3 IgE抗体等検査結果 4 未摂取		除去根拠欄		
C. 除去食物 該当する食品に○をし 除去根拠欄の該当番号にも○を記入		D. 摂取不可のものに ○を記入		園側 使用欄
1 鶏卵		注意喚起表示	1 2 3 4	1 2 3 4
2 牛乳・乳製品	乳糖	注意喚起表示	1 2 3 4	1 2 3 4
3 小麦	麦茶	注意喚起表示	1 2 3 4	1 2 3 4
4 ソバ		注意喚起表示	1 2 3 4	1 2 3 4
5 ピーナッツ		注意喚起表示	1 2 3 4	1 2 3 4
6 大豆	大豆油		1 2 3 4	1 2 3 4
7 ゴマ	ゴマ油		1 2 3 4	1 2 3 4
8 (種実類) クルミ・アーモンド			1 2 3 4	1 2 3 4
9 (甲殻類) エビ・カニ		注意喚起表示	1 2 3 4	1 2 3 4
10 (軟体類・貝類) イカ・貝柱・タコ			1 2 3 4	1 2 3 4
11 (魚卵) タラコ・			1 2 3 4	1 2 3 4
12 (魚類) サケ・サワ・サバ・タイ・ブリ	かつおだし いりこだし		1 2 3 4	1 2 3 4
13 (肉類) 鶏肉・牛肉・豚肉	エキス		1 2 3 4	1 2 3 4
14 (果物類) キウイ・バナナ・りんご・メロン			1 2 3 4	1 2 3 4
15 味噌・醤油・酢			1 2 3 4	1 2 3 4
16 その他()			1 2 3 4	1 2 3 4
D. 緊急時に備えた処方薬		E. 特記事項 (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上記載。対応内容は園が保護者と相談上決定)		
1. 内服薬() 2. アドレナリン自己注射「エピペン 0.15mg」 【体重_____kg】 3. その他()		園は保護者署名のあるものを 嘱託医へ情報共有してください。		
医師名		医療機関名		

★(園側受理日) 1回目 年 月 日 2回目 年 月 日

保育所等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。 年 月 日 保護者氏名

2. 牛乳・乳製品：乳糖

乳糖は、牛乳中に存在するガラクトースとグルコースが結合した二糖類である。稀に、牛乳アレルギー患者でアレルギー症状を起こすことがある。乳糖は牛乳を原材料として作られているため、乳糖1g中に微量の牛乳タンパク質が混じっている。乳糖はアレルギー物質表示制度では表示義務になっている「乳」に含まれる。「乳」の文字が含まれているため「乳」の代替表記として認められている。

3. 小麦：麦茶

麦茶は大麦の種子を煎じて作った飲み物であり、小麦と直接関係はない。しかし小麦アレルギーのなかに麦類全般に除去指導されている場合があり、この場合に麦茶の除去が必要な場合がある。

6. 大豆：大豆油・(醤油・味噌)

大豆油に関して、そもそも食物アレルギーは原因食物の特定のタンパク質によって誘発されるものであり油脂成分が原因とは基本的にはならない。大豆油中のタンパク質は、0g/100mlであり、除去する必要はないことがほとんどである。

7. ゴマ：ゴマ油

ゴマ油も大豆油と同様に除去する必要がないことが多い。しかし大豆油と違って精製度の低いゴマ油はゴマタンパクが混入している可能性があり、除去の対象となることがあり注意を要する。

12. 魚類：かつおだし・いりこだし

魚類の出汁(だし)に含まれるタンパク質量は、かつおだしで0.5g/100ml、いりこだしで0.1g/100mlと極少量である。このためほとんどの魚類アレルギーは出汁を摂取することができる。

13. 肉類：エキス

肉エキスとは肉から熱水で抽出された抽出液を濃縮したもので通常調味料として用いられる。一般的に加工食品に使用される量は非常に少量であるので、肉エキスは摂取できる。

※食品成分に関しては、「日本食品標準成分表 2015 年版(七訂)(文部科学省)」による。

15. 味噌・醤油・酢

- ・味噌は本来その生成過程で小麦は使用しないため、純粋な製品には小麦の表記はなく、小麦アレルギーでも使用できる。大豆タンパクに関しても醤油と同様に考えることができる。なお、味噌のタンパク質含有量は9.7-12.5g/100gである。
- ・醤油は原材料に小麦が使用されているが、醤油が生成される発酵過程で小麦タンパクは完全に分解される。このため基本的には小麦アレルギーであっても醤油を摂取することはできる。
- ・醤油における大豆タンパクも生成の発酵過程で、小麦タンパクと同じ様に分解が進む。醤油のタンパク質含有量は7.7g/100mlであるが、調理に利用する量は少ないこともあり、重症な大豆アレルギーでなければ醤油は利用出来ることが多い。
- ・酢は正確には食酢、このうちの醸造酢(米酢、大麦黒酢を除く)に小麦が使用されている可能性がある。単に酢だけでは小麦が含まれているか否かはわからない。ただ、酢に含まれるタンパク量は非常に少なく(0.1g/100ml)、また一回摂取量も非常に少ないため、基本的には摂取することができる。

◎注意喚起表示(同じ工場やラインで製造している等)のあるもの【加工食品(お菓子等)について】

注意喚起表示された製品については、微量で重篤な症状が出るような場合でなければ、摂取することができる。

園におけるアレルギー疾患生活管理指導表(アレルギー性鼻炎・結膜炎)

◎ この生活管理指導表は園での生活において特別な配慮や管理が必要になった子どもに限って、医師が作成するものです。

名前	男 女	年 月 日生	歳 ヶ月	組
----	--------	--------	------	---

アレルギー性鼻炎(あり ・ なし)	
病型・治療	園での生活上の留意点
A. 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	A. 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要(内容:)
B. 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 4. その他	B. 特記事項 (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上記載。対応内容は園が保護者と相談上決定)
記載日 年 月 日 医師名	医療機関名

アレルギー性結膜炎(あり ・ なし)	
病型・治療	園での生活上の留意点
A. 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()	A. プール指導 1. 管理不要 2. 管理必要(内容:) 3. プールへの入水不可
B. 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()	B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 管理必要(内容:)
記載日 年 月 日 医師名	C. 特記事項 (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上記載。対応内容は園が保護者と相談上決定)
記載日 年 月 日 医師名	医療機関名

★園側受理日 年 月 日

園におけるアレルギー疾患生活管理指導表(気管支喘息・アトピー性皮膚炎)

◎ この生活管理指導表は園での生活において特別な配慮や管理が必要になった子どもに限って、医師が作成するものです。

名前	男 女	年 月 日生	歳 ヶ月	組
----	--------	--------	------	---

気管支喘息(あり・なし)	
病型・治療	園での生活上の留意点
A. 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良	A. 寝具に関する留意点 1. 管理不要(通常管理のみ) 2. 防ダニシーツ等の使用 3. その他の管理が必要()
B. 長期管理薬 (短期追加治療薬を含む) 1. ステロイド吸入薬 剤形: 投与量(日): 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 3. DSCG(インタール)吸入薬 4. ベータ刺激薬 (内服・貼付薬) 5. その他 ()	
C. 急性増悪(発作)治療薬 1. ベータ刺激薬吸入 2. ベータ刺激薬内服 3. その他	B. 動物との接触 1. 管理不要 2. 動物への反応が強いため不可 動物名() 3. 飼育活動等の制限()
D. 急性発作時の対応 (自由記載)	C. 外遊び、運動に対する配慮 1. 管理不要 2. 管理必要(内容:)
D. 特記事項 (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上記載。対応内容は園が保護者と相談上決定)	
記載日 年 月 日 医師名	医療機関名

アトピー性皮膚炎(あり・なし)	
病型・治療	園での生活上の留意点
A. 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、軽度の皮疹のみみられる。 2. 中等症:強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満にみられる。 3. 重症:強い炎症を伴う皮湿疹が体表面積の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%以上にみられる。 ※軽度の皮疹:軽度の紅班、乾燥、落屑主体の病変 ※強い炎症を伴う皮疹:紅班、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変	A. プール・水遊び及び長時間の紫外線下での活動 1. 管理不要 2. 管理必要()
B-1. 常用する外用薬 1. ステロイド軟膏 2. タクロムリス軟膏 (「プロトピック®」) 3. 保湿剤 4. その他 ()	
B-2. 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他()	B. 動物との接触 1. 管理不要 2. 動物への反応が強 強いため不可 動物名() 3. 飼育活動等の制限 () 4. その他()
C. 食物アレルギーの合併 1. あり 2. なし	C. 発汗後 1. 管理不要 2. 管理必要 () 3. <u>夏季シャワー浴</u> (施設で可能な場合)
D. 特記事項 (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上記載。対応内容は園が保護者と相談上決定)	
記載日 年 月 日 医師名	医療機関名

★園側受理日 年 月 日

これは保護者が記入して主治医へ提出する様式です

⇒生活管理指導表の作成をお願いする主治医を受診する際に、
下記の家庭での食物摂取状況について、あらかじめ記入し、ご持参ください。

(園名) (保護者名) 記入日: 年 月 日

★下記の1～16の食品について、いままでに、

ア. 食べて症状がでたことがある(症状有) イ. 食べたことがある(症状無)

ウ. 食べたことがない のうち、該当するものに○をつけてください。

	食品名	該当するものに○	自由記載欄	確認欄
1	鶏卵	ア・イ・ウ		(注意喚起表示)
2	牛乳・ 乳製品(ヨーグルト)	ア・イ・ウ		(注意喚起表示・ 乳糖)
3	小麦	ア・イ・ウ		(注意喚起表示・ 麦茶)
4	ソバ※	ア・イ・ウ		(注意喚起表※)
5	ピーナッツ※	ア・イ・ウ		(注意喚起表※)
6	大豆	ア・イ・ウ		(大豆油)
7	ゴマ	ア・イ・ウ		(ゴマ油)
8	(種実類) クルミ・アーモンド	ア・イ・ウ		
9	(甲殻類) エビ・カニ	ア・イ・ウ		
10	(軟体類・貝類) イカ・貝柱・タコ	ア・イ・ウ		
11	(魚卵) タラコ・	ア・イ・ウ		
12	(魚類) サケ・サワラ・ サバ・タイ・ブリ	ア・イ・ウ		(かつおだし・ いりこだし)
13	(肉類) 鶏肉・牛肉・豚肉	ア・イ・ウ		(エキス)
14	(果物類) キウイ・バナナ・りんご・ メロン	ア・イ・ウ		
15	味噌・醤油・酢	ア・イ・ウ		
16	その他 ()	ア・イ・ウ		

★上記は、園の給食でよく使われる食材を中心に記載しています。

★※印のソバやピーナッツは、アナフィラキシー症状が重篤のため、原材料としては、給食では使用禁止としていますが、加工食品で注意喚起表示のあるものは使用するため、記載しています。

園児名

()さんの保護者の方へ

園における食物アレルギー対応について

園での食物アレルギーの給食対応は、誤食や誤飲による事故をおこさないことを最優先に考え、完全除去の対応としています。その他の対応については、以下のとおりですので、ご了承くださいますようお願いいたします。

1. 生活管理指導表の提出について

- (1) 給食での食物除去やアナフィラキシー対応など特別な対応が必要となる場合は、医師の診断と指導に基づく「生活管理指導表」を提出してください。なお、指導表作成にかかる必要な経費については、保護者負担でお願いします。
- (2) 生活管理指導表に基づかない対応や食品除去は、お受けできません。
- (3) アレルギー疾患による特別な対応・給食を継続している期間は、最低1年に1回、生活管理指導表の提出をお願いします。

2. 給食・おやつの食物アレルギー対応について

(1) 園での完全除去とは・・・

症状の程度にかかわらず、アレルギーの原因となる食物をすべて除去します。除去する食物は、医師の診断(生活管理指導表)に基づき決定します。

鶏卵アレルギー

園では、鶏卵と鶏卵が入った食品を除去します。

鶏卵が入った食品の例: マヨネーズ、練り製品、ハムなどの食肉加工品、洋菓子、卵のつなぎ、卵を使った揚げ物の衣など

牛乳・乳製品アレルギー

園では、牛乳・乳製品、乳製品が入った食品を除去します。

乳製品の例: ヨーグルト、チーズ、バター、生クリーム、はっ酵乳、乳酸菌飲料、練乳、アイスクリーム、粉ミルクなど

乳製品が入った食品の例: パン、パン粉、洋菓子類など

※粉ミルクには、一般の粉ミルクとは別に、乳アレルギー用に加工されたアレルギー用ミルクや大豆乳などがあります。主治医に相談して適切なものを使用します。

小麦アレルギー

園では、小麦・小麦製品、小麦が入った食品を除去します。

小麦: 小麦粉(薄力粉、中力粉、強力粉)、デュラムセモリナ小麦

小麦製品の例: パン、うどん、麩、マカロニ、スパゲッティ、餃子の皮など

小麦が入った食品の例: 洋菓子類、ルウなど小麦を使った調味料など

その他のアレルギーについて

基本的な対応は、上記の食物と同じです。アレルギーの原因になる食物そのものと、その食物から作られる製品とその食物の入った食品が除去の対象となります。

- (2) 完全除去によって不足する栄養素は、ご家庭の食事において補っていただくようお願いいたします。また、ご家庭からの代替物資(食材料)の持込は、ご遠慮いただいております。
- (3) 園で使用する食器、調理器具は、使用前までに、十分に洗浄しますが、基本的に他の児童と共通のものとなります。また、アレルギー対応食も通常の給食と同一施設(園内の調理室)で調理します。そのため、食器や調理器具の個人専用化が必要・調味

【様式 4】裏

料、だし、添加物、油脂類の除去が必要・原材料表示の欄外表記(注意喚起表示)の対応が必要とされるような重症の食物アレルギー児の場合は、給食対応ができず、お弁当の持参をお願いすることとなります。

- (4)食物除去の解除は、保護者記載の書面申請【様式 5】となります。解除の際は、ご提出をお願いします。
- (5)毎月の献立表について、除去する食品を確認していただきます。期日までに担任の職員へお渡しください。
- (6)子どもの健康状況を毎日把握し、状況に応じて担任に報告してください。体調不良の場合にはアレルギー症状をひき起こしやすいので注意が必要です。

3. 緊急時等に備えた処方薬をお預かりする場合について

- (1)お預かりする薬(エピペン®含む)は、アレルギー疾患を診察している主治医が処方した薬に限ります。
- (2)薬(エピペン®含む)をお預かりする場合は、処方日、有効期限等について確認させていただきます。
- (3)毎日、毎食服用する薬の場合は、1回分の服用量が目で見えるように分割するなどし、お預けください。
- (4)薬(エピペン®含む)の容器や袋に、お子さんの名前を書いてください。
- (5)「エピペン®」をお預かりする場合は、預かりを開始するまでに、主治医・保護者・園の3者間で、確認のため話し合いをさせていただきます。また、エピペン®預かりの情報について消防署へ情報提供させていただきます。ご協力をお願いします。

4. 緊急時の対応について

- (1)園では、お子さんの異変に気がついた場合、保護者の方へ連絡します。必ずどなたかに連絡が取れるようにお願いします。
- (2)緊急時は、初期対応し、内服薬があれば服用させ、安静を保ち、嚴重に経過観察をします。園では、症状が急変した(中等症以上の症状になった)場合は、救急車を要請し、連携病院(施設所在区外になることもあります)へ搬送します。
- (3)ただし、軽症レベルの発症であっても、「アナフィラキシーの既往がある」「誤食・誤飲・接触が明らかである」場合は、救急車を要請します。
- (4)エピペン®をお預かりしている場合は、必要時注射します。

5. その他(情報管理について)

- (1)園における日常の取り組みおよび緊急時の対応に活用するため、生活管理指導表および緊急時個別対応票の内容等、お預かりした情報は、園の職員全員で共有させていただきます。

「園における食物アレルギー対応について」内容確認書

園側 署名欄	保護者 署名欄
上記の内容について説明いたしました。 年 月 日	上記の内容について説明を受け、その内容を理解し、園での対応に同意します。 年 月 日
園 名 _____	園 児 名 _____
園長 署名 _____	保護者署名 _____

除去解除申請書(定型①)

令和 年 月 日

園名 (組)

名前

本児は生活管理指導表で、“未摂取”のため除去していた

(食物名:)

に関して、これまでに複数回食べて症状が誘発されていないので、
園における完全解除をお願いします。

保護者名:

除去解除申請書(定型②)

令和 年 月 日

園名 _____ (_____ 組)

名前 _____

本児は生活管理指導表で、“未摂取”以外を理由に除去していた

(食物名: _____)

に関して、医療機関名「 _____ 」 _____ 医師の指導

のもと、これまでに複数回食べて症状が誘発されていません。

医師により摂取の許可がありましたので、園における完全解除を

お願いします。

保護者名: _____

緊急時個別対応票

園児名	生年月日		年	月	日	
(普段と異なる) 特有の初期症状						
★緊急時等に備 えた処方薬 ※右表【 】内には 商品名を記入のこと		薬名	処方日	有効期限	使用日	園での保管場所
	1.	抗ヒスタミン薬 【 】	・ ・ ・ ・	・ ・ ・ ・	・ ・ ・ ・	
		ステロイド薬 【 】	・ ・ ・ ・	・ ・ ・ ・	・ ・ ・ ・	
	2.	エピペン®	・ ・ ・ ・ ・ ・	・ ・ ・ ・ ・ ・	・ ・ ・ ・ ・ ・	
		(常用処方薬) 【 】	・ ・	～服用開始 に服用終了	1日 回 (食前・食後)	
4	【 】	・ ・	・ ・	・ ・		
主治医情報	病院名：		医師名：			
	電話番号：		診察券番号：			
保険証	保険証番号：		医療証番号：			
自宅住所： 電話：						
保護者の 緊急連絡(続柄)	①：氏名	②：氏名	③：氏名			
①	勤務先：	勤務先：	勤務先：			
②	住所：	住所：	住所：			
③	電話： 携帯：	電話： 携帯：	電話： 携帯：			
備考欄(エピペン®を処方されている場合の主治医、保護者との検討結果)			令和 年 月 日 作成			
			令和 年 月 日 継続・訂正			
			令和 年 月 日 継続・訂正			
			令和 年 月 日 継続・訂正			
			令和 年 月 日 継続・訂正			
			令和 年 月 日 継続・訂正			

	<p>備考欄(対応経過記録用紙) (エピペン[®]を処方されている場合の主治医、保護者との検討結果・対応内容)</p>

※メール・FAX で送付する際は、園児名は記入しないこと。 (園→ こども家庭局幼保事業課)

こども家庭局幼保事業課宛 メールアドレス eiyou_eisei@office.city.kobe.lg.jp または FAX 番号 322-6897

緊急時個別対応経過記録票

※こども家庭局幼保事業課に送付する際は、園児名は記入しないこと

園名: _____

園児名: _____

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日()歳

誤食時間	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分			
食べた物	_____			
食べた量	_____			
処置	口のまわりのものを取り除く うがいをする 手を洗う 目を洗う 抗ヒスタミン剤内服: 無・有(_____ 時 _____ 分)、ステロイド剤内服: 無・有(_____ 時 _____ 分) エピペン®使用: 無・有(_____ 時 _____ 分)			
症状 *症状の チェックは 緊急性が 高い、 重症 の欄か ら行う		重症	中等症	軽症
	全身	<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"/> 脈がふれにくい又は不規則 <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い		
	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"/> 犬が吠えるような咳 <input type="checkbox"/> 息がしにくい <input type="checkbox"/> 持続する強い咳込み <input type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸	<input type="checkbox"/> 数回の軽い咳	
	消化器	<input type="checkbox"/> 持続する強い腹痛(我慢できない) <input type="checkbox"/> 繰り返し吐き続ける	<input type="checkbox"/> 中等度の腹痛 <input type="checkbox"/> 1~2回の嘔吐 <input type="checkbox"/> 1~2回の下痢	<input type="checkbox"/> 軽い(我慢できる)腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気
	目口鼻	上記の症状が 1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"/> 口の中の違和感 <input type="checkbox"/> 唇の腫れ <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つでもあてはまる場合 。。。速やかに救急車で医療機関へ搬送。。。	。。。安静にし、注意深く経過観察。。。	
症状の経過	時間	症状	備考	
* 3~5分 ごとに 症状を 観察	:	(重/中/軽)		
	:	(重/中/軽)		

記録者名: _____

緊急時個別対応経過記録票

※こども家庭局幼保事業課に送付する際は、園児名は記入しないこと

園名: 東灘こども園

園児名:

生年月日: 平成 27 年 5 月 5 日 (4) 歳

誤食時間	令和 1 年 9 月 5 日 15 時 30 分			
食べた物	カルピス (乳入り飲料)			
食べた量	約 30 c c			
処置	口のまわりのものを取り除く <input checked="" type="checkbox"/> うがいをする 手を洗う 目を洗う 抗ヒスタミン剤内服: 無・有(時 分)、ステロイド剤内服: <input checked="" type="checkbox"/> 無・有(時 分) エピペン®使用: 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有(16 時 27 分)			
症状 *症状の チェックは 緊急性が 高い、 <input checked="" type="checkbox"/> 重症の欄か ら行う		重症 →	中等症 →	
	全身	<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"/> 脈がふれにくい又は不規則 <input type="checkbox"/> 唇や爪が青白い		
	呼吸器	<input type="checkbox"/> のどや胸が締付けられる <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 犬が吠えるような咳 <input type="checkbox"/> 息がしにくい <input type="checkbox"/> 持続する強い咳込み <input checked="" type="checkbox"/> ゼーゼーする呼吸	<input checked="" type="checkbox"/> 数回の軽い咳	
	消化器	<input type="checkbox"/> 持続する強い腹痛(我慢できない) <input type="checkbox"/> 繰り返して吐き続ける	<input checked="" type="checkbox"/> 中等度の腹痛 <input type="checkbox"/> 1~2 回の嘔吐 <input type="checkbox"/> 1~2 回の下痢	<input checked="" type="checkbox"/> 軽い(我慢できる)腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気
	目口鼻	上記の症状が 1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"/> 口の中の違和感 <input type="checkbox"/> 唇の腫れ <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 checked="" type="checkbox"/> 数個のじんま疹 <input type="checkbox"/> 部分的な赤み
		1つでもあてはまる場合 。。。速やかに救急車で医療機関へ搬送。。。	。。。安静にし、注意深く経過観察。。。	
症状の経過 * 3~5分 ごとに 症状を 観察	時間	症状	備考	
	16 : 15	消化器 (重/中/軽)	本人より腹痛と気分の悪さの訴えあり。眉間と腹部に5割程度の発疹が数個あり	
	16 : 20	呼吸器 (重/中/軽)	時々軽い咳き込みが出てきた。救急車を要請する。	
	16 : 25	〃 (重/中/軽)	強い咳き込み。ゼーゼーする呼吸、かなりお腹を痛がる。エピペン投与準備	
	16 : 27	(重/中/軽)	エピペンを投与する。直後に救急車到着	
	16 : 32	(重/中/軽)	咳き込みと腹痛の訴えはなくなる。	
	16 : 35	(重/中/軽)	救急車が〇〇病院へ向け出発	
	:	(重/中/軽)		
	:	(重/中/軽)		

記録者名: 灘 育子

※こども家庭局幼保事業課に送付する際は、園児名・保護者名は記入しないこと

(園 →こども家庭局幼保事業課)

こども家庭局幼保事業課宛 メールアドレス eiyou_eisei@office.city.kobe.lg.jp または FAX 番号 322-6897

誤食事故報告書 ・ アレルギー症状発生情報提供書

神戸市こども家庭局 幼保事業課

指導研修担当課長 宛

報告日:令和 年 月 日

園 名:

【該当する口をチェックしてください】

報告者名:

<input type="checkbox"/> 誤食・誤飲・接触事故 ⇒ 今回の原因メニュー・食材名()	
<input type="checkbox"/> 初発事故 ⇒ 今回原因と推測されるメニュー・食材名()	
<input type="checkbox"/> 原因不明の症状発生	
該 当 園 児 情 報	<small>※こども家庭局幼保事業課に送付する際は、園児名は記入しないこと</small> 生年月日: 年 月 日生 名前: 性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 ()歳児クラス
	かかりつけ医療機関名: 園での除去食物内容:
	アナフィラキシーの既往: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 当日の園児の体調:

【発生状況について①～⑤に記入してください】 ※詳細の経過については【様式 7】に記入し提出すること。

①発生日: 令和 年 月 日() 時 分	②場所: <input type="checkbox"/> 園内 <input type="checkbox"/> 園外
③病院搬送: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(病院名: 病院)⇒搬送方法: <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> その他	
④連絡した保護者名: (続柄) 連絡時間: 時 分頃	
⑤保護者対応 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり()	

【事故の原因について、①～④の場面ごとに記入してください】 ※「誰が」は個人名ではなく職種名等を記入のこと

① 調 理 場 面	【誰が】 【なぜ】 【何をした】	② 受 取 運 搬 場 面	【誰が】 【何を】 【どうした】
③ 提 供 場 面	【誰が】 【何を】 【どうした】	④ 発 見 状 況	【誰が】 【どのように】

【事故発生後の対応】

症状: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 園の対応と経過:

【検証結果と再発防止策について以下に記入してください】

 (検証したメンバー名)

◎こども家庭局幼保事業課記入⇒受付日 令和 年 月 日 担当

誤食事故報告書 ・ アレルギー症状発生情供書

神戸市こども家庭局 幼保事業課

指導研修担当課長 宛

報告日:令和 1 年 5 月 10 日

園 名: 兵庫こども園

報告者名: 神戸 育子

【該当する口をチェックしてください】

<input checked="" type="checkbox"/>	誤食・誤飲・接触事故 ⇒ 今回の原因メニュー・食材名(おかわり用のハムカツ ・卵を含むハム)
<input type="checkbox"/>	初発事故 ⇒ 今回原因と推測されるメニュー・食材名()
<input type="checkbox"/>	原因不明の症状発生
該 当 園 児 情 報	※こども家庭局幼保事業課に送付する際は、園児名は記入しないこと 生年月日: 平成 27 年 9 月 3 日生
	名前: 性別: <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 (3)歳児クラス
	かかりつけ医療機関名: 園での除去食物内容: 垂水クリニック 卵
	アナフィラキシーの既往: <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 当日の園児の体調: 風邪がみ・鼻水でていた

【発生状況について①～⑤に記入してください】 ※詳細の経過については【様式 7】に記入し提出すること。

①発生日: 令和 1 年 5 月 9 日(木) 15時 20分	②場所: <input checked="" type="checkbox"/> 園内 <input type="checkbox"/> 園外
③病院搬送: <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(病院名: 神戸△△ 病院)⇒搬送方法: <input checked="" type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> その他	
④連絡した保護者名: (続柄 父)	連絡時間: 15 時 40 分頃
⑤保護者対応 <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり()	

【事故の原因について、①～④の場面ごとに記入してください】 ※「誰が」は個人名ではなく職種名等を記入のこと

① 調 理 場 面	【誰が】 調理士が 【なぜ】 個人盛付分は、除去対応していたが 【何をした】 おかわりは通常食のみであることを伝達しなかった。	② 受 取 運 搬 場 面	【誰が】 運搬担当パート保育士が 【何を】 調理士とおかわりの確認を 【どうした】 行わなかった。(聞き返さなかった。)
③ 提 供 場 面	【誰が】 担任保育士が 【何を】 提供前の献立チェックを行わず 【どうした】 通常食のおかわりを食べさせてしまった	④ 発 見 状 況	【誰が】 担任保育士が 【どのように】 ほほの赤みと咳をし出したことに気づき、 全身を確認すると、あちこちに蕁麻疹がでていた

【事故発生後の対応】

症状: <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
園の対応と経過 : 咳をし、全身に蕁麻疹があり、中等症と思われたので、内服薬を飲ませ、 エピペンの準備をし、速やかに救急車を要請して保護者へ連絡した。救急車の到着までその場で安静 にさせ、医療機関に到着まで症状の変化を観察した。

【検証結果と再発防止策について以下に記入してください】

調理士の除去内容の伝達、配膳担当者・担任保育士の提供前の献立確認が不十分であった。
今後、調理士は、除去内容を確実に伝え、献立表を配膳ハッチの前にもおき、配膳担当者も献立表を見ながら確認し食事を受け取ることを徹底する。また、提供直前の担任保育士による献立確認も徹底する。
(検証したメンバー名)生田川園長・神戸主任・六甲山保育士(3歳担任)・摩耶調理士・大倉山保育士(パート)

◎こども家庭局幼保事業課記入⇒受付日 令和 年 月 日 担当 2020.2(訂)

(提出先:eiyou_eisei@office.city.kobe.lg.jp)

神戸市こども家庭局幼保事業課
指導研修担当課長 宛

令和 年 月 日

令和 年度 エピペン®預かり児の在籍調査票

(区)

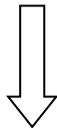
園 名 _____

園 長 名 _____

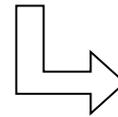
回 答 者 名 _____

1 エピペン®を預かっている園児が在籍していますか。

() 在籍している



() 在籍していない



これで終わりです。
ありがとうございました。

2 園児の状況についてご記入ください。 ※5月1日現在

クラス	性別	薬保管場所	具体的な対応について
歳児 クラス			★エピペン®は、(毎回持参 ・ 園 にて保管)
歳児 クラス			★エピペン®は、(毎回持参 ・ 園 にて保管)

※毎年 5 月末 締切り※

※年度途中に在籍児に変更がある場合は、速やかにこども家庭局幼保事業課へ連絡のこと※

