

(様式5)

## 食物アレルギー発症経過記録表

記録者氏名 \_\_\_\_\_

発生日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

児童生徒氏名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 組

### 【発症時】

発症時間	時	分
食べたもの、食べた量、 食べた時間		
発生した症状		
対応内容	【初期処置】 <input type="checkbox"/> 口の中の物を取り除く <input type="checkbox"/> うがいをする <input type="checkbox"/> 触れた部位を洗い流す  【エピペン®の使用】 有・無 ( 時 分)  【連絡確認】 保護者への連絡 時 分 119番通報 時 分 病院への連絡 時 分 教育委員会への連絡 時 分	

### 【発症後の経過 No.1】

時間	時	分
病状の変化 または対応内容		

### 【発症後の経過 No.2】

時間	時	分
病状の変化 または対応内容		

### 【発症後の経過 No.3】

時間	時	分
病状の変化 または対応内容		

【発症後の経過 No. 】

時間	時	分
病状の変化 または対応内容		

【発症後の経過 No. 】

時間	時	分
病状の変化 または対応内容		

【発症後の経過 No. 】

時間	時	分
病状の変化 または対応内容		

【発症後の経過 No. 】

時間	時	分
病状の変化 または対応内容		

【発症後の経過 No. 】

時間	時	分
病状の変化 または対応内容		

【発症後の経過 No. 】

時間	時	分
病状の変化 または対応内容		