※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不要

【様式8】

(　園　→こども家庭局幼保事業課)

**こども家庭局幼保事業課宛**ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ[eiyou\_eisei@office.city.kobe.lg.jp](mailto:eiyou_eisei@office.city.kobe.lg.jp)またはFAX番号　322－6897　kh\_shidou@office.city.kobe.lg.jp[kh\_shidou@office.city.kobe.lg.jp](mailto:kh_shidou@office.city.kobe.lg.jp)

＠

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□をチェックしてください】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告者名：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □　誤食・誤飲・接触事故　⇒　今回の原因メニュー・食材名（　　　　　　　　　　　　　　　・　　　　　　　　）  □　初発事故　⇒　今回原因と推測されるメニュー・食材名（　　　　　　　　　　　　　・　　　　　　　　）  □　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  名前： | 生年月日：　　　　　　　年　　　　月　　　　日生  性別　：　□男　　□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：　□有 　□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：□園内　　□園外 |
| ③病院搬送：　□　無　□　有（病院名：　　　　　　　　　　　病院）⇒搬送方法：□　救急車　□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　　□問題なし　　　　　□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】 | ② 受取運搬場面 | 【誰が】 |
| 【なぜ】 | 【何を】 |
| 【何をした】 | 【どうした】 |
|  |  |
| ③ 提 供 場 面 | 【誰が】 | ④ 発 見 状 況 | 【誰が】 |
| 【何を】 | 【どのように】 |
| 【どうした】 |  |
|  |  |

【事故発生後の対応】

|  |
| --- |
| 症状：　□　有　□　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) |

2023.4(訂)

◎こども家庭局幼保事業課記入⇒受付日　令和　　　年　　　月　　　日　　担当