

様式1

報告年月日	平成 年 月 日( 時 分現在)
連絡者名	

学校給食異物混入等事故発生状況報告書

学校・共同調理場名	
発生年月日	平成 年 月 日( 曜日) 時 分
異物等の種類	
異物等の数量	
異物混入の状態	
異物の発見場所	<input type="checkbox"/> 調理場 <input type="checkbox"/> 検食(職員・校長室) <input type="checkbox"/> 教室 <input type="checkbox"/> ランチルーム <input type="checkbox"/> その他
発見者	
被害状況の内容又は経過	
発生状況の内容又は経過	
対応、処置内容又は経過	
保護者、関係機関への連絡・処置の内容又は経過	
その他参考事項	
学校長の所見	

注) 異物混入事故が発生した場合、直ちに教育委員会に報告すること。

## 学校における感染症・食中毒等発生状況報告

1	学 校 名																		
2	学校の所在地																		
3 感 染 症 ・ 食 中 毒 の 発 生 状 況	(1) 病 名																		
	(2) 発生年月日																		
	(3) 終息年月日																		
	(4) 発生の場所																		
	(5) 患者数・欠席者数及び死亡者数	区 分	児童生徒数			患者数			欠席者数			入院者数			死亡者数			備考	
		学 年	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計		
		第1学年																	
		第2学年																	
第3学年																			
第4学年																			
第5学年																			
第6学年																			
計																			
(6) 発生の経緯																			
4	患者及び死亡者発見の動機																		
5	感染症・食中毒の発生原因																		
6	感染症・食中毒の感染経路																		
7	臨床症状の概要																		
8	(1) 学校の処置																		
	(2) 学校の管理機関の処置																		
	(3) 保健所その他の関係機関の処置																		
9	佐賀県教育庁、佐賀県知事の処置																		
10	その他の参考となる事項																		

- (注) 1 感染症・食中毒が発生した場合、直ちに「様式2」によりFAXで報告すること。  
 2 職員について該当者があつたときは、(5)の備考欄に当該人員を記入すること。  
 3 共同調理場の場合は、(5)に感染症・食中毒等の発生した受配校の総計を記入し、各受配校については別様にして添付すること。

学校(共同調理場)における食中毒等発生状況報告

		都道府県名				
学 校 名 (共同調理場名)		校 長 名 (所 長 名)				
学校・共同調理場の所在地		電 話 番 号				
受配校数 (共同調理場方式のみ記入)						
食 中 毒 の 発 生 状 況	発 生 日 時	平成 年 月 日 ( 曜 日 ) ( 時 分 )				
	発 生 場 所					
	児 童 生 徒 数		男	女	計	備 考
	患 者 等 数	区 分	男	女	計	備 考
		患 者 数				
		うち欠席者数				
		うち入院者数				
		うち死亡者数				
	年 月 日 現在					
主 な 症 状						
発 生 原 因 <small>(判明している場合記入)</small>						
献 立 表	(食中毒発生前2週間分の食品の判る献立表を添付)					

- (注) 1 食中毒発生後直ちにFAXにて報告するとともに、患者等数に変動があったときは速やかに本様式にて随時報告すること。
- 2 職員について該当者があったときは、備考欄に当該人員を記入すること。
- 3 共同調理場における患者等数は、食中毒等の発生した受配校の総計を記入し、受配校毎は別様にして添付すること。





### 医療機関別児童生徒診療状況一覧表

学校 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日現在

学年	クラス	性別	氏名	医療機関名	治療状況	病名判明の有無	備考
				(tel _____ )	<input type="checkbox"/> 入院( / ) <input type="checkbox"/> 退院( / ) <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 投薬中 <input type="checkbox"/> 現在非通院	<input type="checkbox"/> 判明(病名 _____ ) <input type="checkbox"/> 未判明( <input type="checkbox"/> 疑 _____ )	
				(tel _____ )	<input type="checkbox"/> 入院( / ) <input type="checkbox"/> 退院( / ) <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 投薬中 <input type="checkbox"/> 現在非通院	<input type="checkbox"/> 判明(病名 _____ ) <input type="checkbox"/> 未判明( <input type="checkbox"/> 疑 _____ )	
				(tel _____ )	<input type="checkbox"/> 入院( / ) <input type="checkbox"/> 退院( / ) <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 投薬中 <input type="checkbox"/> 現在非通院	<input type="checkbox"/> 判明(病名 _____ ) <input type="checkbox"/> 未判明( <input type="checkbox"/> 疑 _____ )	
				(tel _____ )	<input type="checkbox"/> 入院( / ) <input type="checkbox"/> 退院( / ) <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 投薬中 <input type="checkbox"/> 現在非通院	<input type="checkbox"/> 判明(病名 _____ ) <input type="checkbox"/> 未判明( <input type="checkbox"/> 疑 _____ )	
				(tel _____ )	<input type="checkbox"/> 入院( / ) <input type="checkbox"/> 退院( / ) <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 投薬中 <input type="checkbox"/> 現在非通院	<input type="checkbox"/> 判明(病名 _____ ) <input type="checkbox"/> 未判明( <input type="checkbox"/> 疑 _____ )	
				(tel _____ )	<input type="checkbox"/> 入院( / ) <input type="checkbox"/> 退院( / ) <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 投薬中 <input type="checkbox"/> 現在非通院	<input type="checkbox"/> 判明(病名 _____ ) <input type="checkbox"/> 未判明( <input type="checkbox"/> 疑 _____ )	
				(tel _____ )	<input type="checkbox"/> 入院( / ) <input type="checkbox"/> 退院( / ) <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 投薬中 <input type="checkbox"/> 現在非通院	<input type="checkbox"/> 判明(病名 _____ ) <input type="checkbox"/> 未判明( <input type="checkbox"/> 疑 _____ )	
				(tel _____ )	<input type="checkbox"/> 入院( / ) <input type="checkbox"/> 退院( / ) <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 投薬中 <input type="checkbox"/> 現在非通院	<input type="checkbox"/> 判明(病名 _____ ) <input type="checkbox"/> 未判明( <input type="checkbox"/> 疑 _____ )	
				(tel _____ )	<input type="checkbox"/> 入院( / ) <input type="checkbox"/> 退院( / ) <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 投薬中 <input type="checkbox"/> 現在非通院	<input type="checkbox"/> 判明(病名 _____ ) <input type="checkbox"/> 未判明( <input type="checkbox"/> 疑 _____ )	
				(tel _____ )	<input type="checkbox"/> 入院( / ) <input type="checkbox"/> 退院( / ) <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 投薬中 <input type="checkbox"/> 現在非通院	<input type="checkbox"/> 判明(病名 _____ ) <input type="checkbox"/> 未判明( <input type="checkbox"/> 疑 _____ )	
				(tel _____ )	<input type="checkbox"/> 入院( / ) <input type="checkbox"/> 退院( / ) <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 投薬中 <input type="checkbox"/> 現在非通院	<input type="checkbox"/> 判明(病名 _____ ) <input type="checkbox"/> 未判明( <input type="checkbox"/> 疑 _____ )	
				(tel _____ )	<input type="checkbox"/> 入院( / ) <input type="checkbox"/> 退院( / ) <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 投薬中 <input type="checkbox"/> 現在非通院	<input type="checkbox"/> 判明(病名 _____ ) <input type="checkbox"/> 未判明( <input type="checkbox"/> 疑 _____ )	
				(tel _____ )	<input type="checkbox"/> 入院( / ) <input type="checkbox"/> 退院( / ) <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 投薬中 <input type="checkbox"/> 現在非通院	<input type="checkbox"/> 判明(病名 _____ ) <input type="checkbox"/> 未判明( <input type="checkbox"/> 疑 _____ )	
				(tel _____ )	<input type="checkbox"/> 入院( / ) <input type="checkbox"/> 退院( / ) <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 投薬中 <input type="checkbox"/> 現在非通院	<input type="checkbox"/> 判明(病名 _____ ) <input type="checkbox"/> 未判明( <input type="checkbox"/> 疑 _____ )	
				(tel _____ )	<input type="checkbox"/> 入院( / ) <input type="checkbox"/> 退院( / ) <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 投薬中 <input type="checkbox"/> 現在非通院	<input type="checkbox"/> 判明(病名 _____ ) <input type="checkbox"/> 未判明( <input type="checkbox"/> 疑 _____ )	