

平成 年 月 日

保健給食課長 あて
(担当：保健係)

園・学校コード _____

園・学校名 _____

園長・学校長名 _____ 印

シックハウス症候群等と思われる幼児児童生徒の報告

下記のとおり報告します。

氏名		男・女	学年 ・組	年 組
主な症状・ 発症の時期 や想定され る原因	例) 平成〇年〇月頃、自宅改築工事後から。めまい、頭痛等の症状			
症状を誘発 するもの	例) ワックス、墨汁等			
受 診 医療機関	受診の有無 (有・無) 医療機関名：		診断名	
園・学校 の対応	例) 換気の励行、ワックスがけを夏期休業中に変更等			
そ の 他	保護者の要望、確認事項等			
園・学校 からの要望	換気扇設置の要望 (有・無) ※有の場合は要望書を添付			