（例７）

緊急時個別対応表（校内用）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入年月日　令和　　年　　月　　　日

１　緊急時対応における必要事項　※消防本部（局）宛て「緊急時の連携について（依頼）」と同様の内容

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 学年・組・番号 | | 年　　　組（　　　番） | | 性別 | 生年月日  平成・令和　 年　 月 　日  （４月１日現在　　　　歳） | | | |
| ふりがな | |  | |  |
| 児童生徒氏名 | |  | |
| ２ | 保護者氏名 | |  | | | | | | |
| ３ | 自宅住所 | |  | | | | | | |
| ４ | 電話番号 | |  | | | | | | |
| ５ | 緊急連絡先 | | ① | | | | 続柄（　　　　　　） | | |
| ② | | | | 続柄（　　　　　　） | | |
| ③ | | | | 続柄（　　　　　　） | | |
| ６ | 児童生徒の状況 | 診断名 |  | | | | | | |
| アナフィラキシー | 発症の有無　（　有　・　無　）  発症時期：　　　　年　　　月頃  症状等： | | | | | | |
| 緊急時に備えた  処方薬 | （　　）内服薬（※薬品名等　　　　　　） | | | | | 保管場所 |  | |
| （　　）吸　入（※薬品名等　　　　　　） | | | | |  | |
| （　　）エピペンⓇ（ 0.15ml　、 0.3ml ） | | | | |  | |
| （　　）その他（　　　　　　　　　　　） | | | | |  | |
| 連絡医療機関 | 医療機関名  （受診科） | （　　　　　　　　　科） | | | | | |
| 主治医名 |  | | | | | |
| 住所 |  | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | |
| 現病歴 | ※　心臓、腎臓疾患等  ※　診断名、発症年齢、管理医療機関名等 | | | | | | |
| 既往歴 | ※　診断名、発症年齢等 | | | | | | |
| ７ | 依頼事項 | | （例）アナフィラキシーを発症し、救急車を要請した際は、救急救命士の派遣をお願いします。等 | | | | | | |

２　校内連絡　（保健室内線　　　　　　）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 連絡先 | | 内線番号 | 連絡先 | 内線番号 |
| 校長室 | |  |  |  |
| 事務室 | |  |  |  |
| 職員室 | |  |  |  |
| 担　任 | ※　氏名 |  |  |  |

３　その他