救急搬送の際、救急隊員に渡す。

（例８）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　令和　　　年（　　　　年）　　月　　日

　○○消防本部（局）

○○課　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○○立○○○学校

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　校長　○○　○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※　または教育委員会名

緊急時連絡票

　次の児童生徒につきまして、下記のとおり情報提供いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | |

保護者の承諾について

　緊急時に救急医療機関関係者に上記の情報を提供することを承諾いたします。

　令和　　年　　月　　日　　　　保護者氏名