緊急時個別対応票

【様式6】表

園児名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| （普段と異なる）特有の初期症状 |  |
| ★緊急時等に備えた処方薬※右表【　　】内には商品名を記入のこと |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 薬名 | 処方日 | 有効期限 | 使用日 | 園での保管場所 |
| 1. | 抗ヒスタミン薬【　　　　　　　　】 | 　・　　・　　・　　・　　 | 　・　　・　　・　　・　 | 　・　　・　　・　　・　 |  |
| ステロイド薬【　　　　　　　　】 | 　・　　・　　・　　・　 | 　・　　・　　・　　・　 | 　・　　・　　・　　・　 |  |
| 2. | エピペン® | 　・　　・　　・　　・　　・　　・　 | 　・　　・　　・　　・　　・　　・　 | 　・　　・　　・　　・　　・　　・　 |  |
| 3. | （常用処方薬）【　　　　　　　　】 | 　・　　・　　～服用開始　・　　・　　に服用終了 | 1日　　回(食前・食後) |  |
| 4 | 【　　　　　　　　】 | 　・　　・　 | 　・　　・　 | 　・　　・　 |  |

 |
| 主治医情報　　　　　　　　　　 | 病院名：　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名：電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　診察券番号： |
| 保険証 | 保険証番号： | 医療証番号： |
| 自宅住所：電話　：　 |
| 保護者の緊急連絡（続柄） | ①：氏名 | ②：氏名 | ③：氏名 |
| ①　②③ | 勤務先：住所：電話：携帯： | 勤務先：住所：電話：携帯： | 勤務先：住所：電話：携帯： |
| 備考欄（エピペン®を処方されている場合の主治医、保護者との検討結果） | 令和　　年　　月　　日　作成 |
|  | 令和　　年　　月　　日　継続・訂正 |
| 令和　　年　　月　　日　継続・訂正 |
| 令和　　年　　月　　日　継続・訂正 |
| 令和　　年　　月　　日　継続・訂正 |
| 令和　　年　　月　　日　継続・訂正 |

2020.2

【様式6】裏

|  |  |
| --- | --- |
|  | 備考欄（対応経過記録用紙）（エピペン®を処方されている場合の主治医、保護者との検討結果・対応内容） |
|  |  |