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  ②  ③ | 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） |
|  |  |