

緊急時個別対応票

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	勤務先：	勤務先：	勤務先：			
②	住所：	住所：	住所：			
③	電話： 携帯：	電話： 携帯：	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	

	<p>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)</p>