

別表2(食物アレルギー以外)

■ 緊急時個別対応票 ※1～4までご記入下さい。

※1

名前	病状

初期対応	
<input type="checkbox"/> 意識状態の確認 <input type="checkbox"/> 呼吸、心拍の確認	<small>例)《意識レベル低下》がある場合、速やかに呼吸・心拍の確認をし、応じて心肺蘇生を行いながら速やかに救急搬送する。応じてエピペンを注射する。</small>
<input type="checkbox"/> その他 → <input type="checkbox"/> →	

医療機関、消防署への情報伝達

1. 年齢、性別ほか患者の基本情報
2. どんな症状がいつから現れて、これまでに行った処置、またその時間特に状態が悪い場合は、意識状態、顔色、心拍、呼吸数を伝えられると良い

保護者への情報伝達

1. 応じて医療機関への状況連絡し、救急搬送することなどの了承を得る
2. 保護者がスクールや病院に来られるか確認する
3. 応じて搬送先を伝え、搬送先に保護者が来られるか確認する

※2	名前・名称	続柄	連絡先
保護者 連絡先			

※3	処方内服薬の有無	有・無
	その他()	有・無

管理 状況	内服薬 ()	有・無
		保管場所 ()
		有・無
		保管場所 ()

救急機関	救急	119
	所轄 消防署	名称 足立消防署 Tel (03) 3852-0119
※4 指定 救急機関	主治医	医師名 Tel () カルテNo.
	搬送 医療機関	病院名 Tel () カルテNo.