

緊急時対応確認書

児童氏名			
生年月日	年 月 日生	年齢	歳
【通院先】			
医療機関名	診療科	担当医(主治医)	電話
【緊急搬送先】			
医療機関名	診療科	担当医(主治医)	電話
【緊急時の対応】			
症状(器具のトラブルなど)	対応		
	(※具体策)の後 経過観察		
	(※具体策)の後 速やかに医療機関受診		
	ただちに救急搬送		
【緊急時の薬の処方】 ※別途指示書への記載が必要です。			
該当の項目に <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。			
<input type="checkbox"/> なし			
<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 吸入薬 <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> 貼付剤 <input type="checkbox"/> 注射薬 緊急薬品名() (処方日: 年 月 日 有効期限: 年 月 日)		
【緊急連絡先】 ※確実に連絡が付きやすい順番で記入してください。			
※職場は、職務中でもとりついでいただけるように手配してください。			
優先順位	氏名	続柄	電話番号
1			(携帯・自宅・職場)
2			(携帯・自宅・職場)
3			(携帯・自宅・職場)
4			(携帯・自宅・職場)
5			(携帯・自宅・職場)

(裏面に続く)

木津川市長 宛て

緊急時対応確認事項について、上記のとおり確認書を提出します。
また、緊急搬送に関する連絡票を管轄消防署へ提出することに同意します。

年 月 日 保護者署名_____