

様式3

別紙7

緊急時個別対応票

作成日： 年 月 日

クラス名	名前	生年月日
		年 月 日生

原因物質	
------	--

管理状況	内服薬	有 ・ 無
		薬品名： 保管場所：
	エピペン	有 ・ 無
		賞味期限： 保管場所：

保護者連絡先	順位	名前・名称	続柄	連絡先
	(例)	横浜太郎(携帯)	父	080-0000-0000
	①			
	②			
	③			
	④			
⑤				

指定 救急 機関	救急	119		
	所轄 消防署	名称：		
		Tel		
	主治医	医院名：		
		医師名：		
		Tel		
	園医	医院名：		
		医師名：		
		Tel		
搬送医 療機関 ①	病院名			
	Tel			
	カルテNo.			
搬送医 療機関 ②	病院名			
	Tel			
	カルテNo.			

園内 内線	園長室			
	職員室			

*保護者連絡先には、連絡が取れる順に連絡先電話番号を記入してください。