

様式 3

緊急時個別対応票

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
		消費期限： 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				

※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。

作成日： 年 月 日

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	カルテNo.		
		医院名：		
		医師名：		
	搬送医療 機関 ①	TEL		
病院名				
カルテNo.				
搬送医療 機関 ②	TEL			
	病院名			
	カルテNo.			

園内 内線	園長室			
	職員室			