

【緊急時個別対応票】

児童名	生年月日	性別	原因物質
特有の初期症状			
管理状況	内服薬	有 ・ 無 保管場所 ()	
	エピペン®	有 ・ 無 保管場所 ()	
保護者連絡先	名前・名称	続柄	連絡先
指定救急機関	救急	119	
	所轄消防署	名称 TEL ()	
	主治医	病院名 医師名 TEL ()	
	嘱託医	病院名 TEL ()	
	搬送医療機関	病院名 TEL ()	
<p>★児童の状態や病院の受入れ状況等によっては、事前に確認しました上記のかかりつけ病院には搬送できない場合がありますことをご了承ください。</p> <p>「アレルギー症状発生時対応フローチャート」、および「緊急時個別対応票」「症状チェックシート」の内容に関して、</p> <p>_____年 _____月 _____日 同意します。 保護者名 _____ 印 _____</p>			