

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：	
	エビペン	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			

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.
指定救急機関	

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。