

救カード

様式 5

食物アレルギー個別協議票（園・学校→消防機関）

幼児・児童・生徒情報		園・学校（ 園・学校）（ ）年			
フリガナ 氏 名		保護者の氏名			
		本人との関係			
住 所		緊急連絡先 ※優先順位①から			
		①（ ）		－（ ）	
		②（ ）		－（ ）	
生年月日	（ H ・ R ） 年 月 日（ 歳 ）			性別	男 ・ 女
保険証記号・番号					
かかりつけ 医療機関・医師		病院名： 主治医名：		診療科： 連絡先：（ ）－	
かかりつけ以外 医療機関・医師		病院名： 主治医名：		診療科： 連絡先：（ ）－	
アナフィラキシーの 原因となるもの					
誘発症状（出現する 可能性のある症状）					
既往症 現病歴		☐ 心疾患 ☐ 脳疾患 ☐ 呼吸器 ☐ 肝疾患 ☐ 腎疾患 ☐ 消化器 ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 悪性腫瘍 ☐ 精神病 ☐ その他・アレルギー（ ）			
注射薬		☐ エピペン®0.15mg ☐ エピペン®0.3mg ☐ その他（ ） （ エピペン®の保管場所： 本人 ・ 学校で一括保管 ） ☐ 糖尿病用自己注射薬 ☐ その他（ ）			
点鼻薬		☐ ネフィー®点鼻薬 （ 保管場所： 本人 ・ 学校で一括保管 ）			
備考（主治医からの指示、家族からの要望、救急搬送歴等があれば記載してください。）					
上記個人情報学校、消防機関及び医療機関で共有することに同意します。					
令和 年 月 日 保護者 氏名					

■救急時記録表 ※発見時、処置、エピペン使用、内服薬飲用の時刻等を記録

時間	症状	対処(何をした)

※学校は、救急車要請時に救急隊員に渡せるよう、保管場所を全職員で事前共有する。