様式第７号

保護者記入用

　東海市長　様

保護者名

住　　所

連絡先

緊急時における対応確認書

緊急時における対応について確認書を提出します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | 男 女 | 年齢 | 歳 | 生年  月日 | 年  　　月　　　日生 |

通院先等

※ 現在、通院している医療機関をすべて記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 診療科 | 担当医名 | 電話 | 診察券番号 | 通院頻度 |
|  |  |  |  |  | 年・月・週　　回 |
|  |  |  |  |  | 年・月・週　　回 |
|  |  |  |  |  | 年・月・週　　回 |
|  |  |  |  |  | 年・月・週　　回 |
|  |  |  |  |  | 年・月・週　　回 |
|  |  |  |  |  | 年・月・週　　回 |

緊急時の対応

※ 保護者、通院先に連絡すると同時に、症状に合わせて実施する対応を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 症状（器具のトラブルなど） | 対応 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

（１枚目）

緊急時の薬の処方

※ 別途、与薬依頼書が必要になります。

|  |  |
| --- | --- |
| 該当する項目に☑を記入してください。 | |
| □：なし | |
| □：あり | □：内服　□：吸入薬　□：座薬　□：貼付薬　□：注射薬  薬品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （薬処方日：　　　　年　　月　　日　・有効期限　　　　年　　月　　日） |

緊急連絡先

※ 確実に連絡がつきやすい順番でご記入ください。

※ 勤務先（職場）へは、勤務中でも電話をとりついでいただけるように手配をしてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 優先順位 | 氏名 | 続柄 | 電話番号 |
| 1 |  |  | （携帯・自宅・職場） |
| 2 |  |  | （携帯・自宅・職場） |
| 3 |  |  | （携帯・自宅・職場） |
| 4 |  |  | （携帯・自宅・職場） |
| 5 |  |  | （携帯・自宅・職場） |

|  |
| --- |
| その他  「医療的ケア児の災害の備え」を所有している。　　　　　　　　□はい　　□いいえ  ※所有している場合には、写しの提供をお願いします。 |

（２枚目）