（様式５）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（保護者→実施施設）

年　　月　　日

緊急時対応確認書

南陽市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名

住　　　所

連　絡　先

医療的ケア児受け入れガイドラインに基づく、対象児童の緊急時の対応について、確認書を

提出します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  児童氏名 |  | | | | | | 男女 | 生年  月日 | | | 年　　月　　日  （　　　　歳） | |
| 通院先 | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関名 | | 診　療　科 | | 担当医名（主治医） | | | | | 電　話 | | | 診察券番号 |
|  | |  | |  | | | | |  | | |  |
| 緊急搬送先（保育施設に近い緊急時受け入れについて相談できる医療機関を記入してください。） | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関名 | | | 診療科 | 担当医名（主治医） | | | | | 電　話 | | | 診察券番号 |
|  | | |  |  | | | | |  | | |  |
| 緊急時の対応（保護者、緊急搬送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（器具のトラブルを含む） | | | | | | 対　　応 | | | | | | |
|  | | | | | | （　　　　　　　　　　　　　　　　　）の後  経過観察 | | | | | | |
|  | | | | | | （　　　　　　　　　　　　　　　　　）の後  速やかに医療機関受診 | | | | | | |
|  | | | | | | 直ちに救急搬送 | | | | | | |
| 緊急時の薬の処方 | | | | | | | | | | | | |
| □なし  □あり　□内服　　□吸引薬　　□座薬　　□貼付薬　　□注射薬緊急薬品名（　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | | | | | | | | | | | | |
| 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） | | |

※確実に連絡が取れる順番で記入してください。

※職場へは、職務中でも取り次いでいただけるように手配してください。