**Qカード　(救Card)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童・生徒情報 | | | 学校名：　　　　　　　　　　　　学年：１・２・３・４・５・６ | | | |
| 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：　　　　　　　　　　診療科：  主治医名：　　　　　　　　　連絡先：（　　　　）　　　－ | | | | |
| かかりつけ以外  医療機関・医師 | | 病院名：　　　　　　　　　　診療科：  主治医名：　　　　　　　　　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（　　　　　　　　　） | | | | |
| 内服薬等 | |  | | | | |
| 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。） | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 上記個人情報を学校、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 | | | | | | |

**救急搬送用個別票（学校→消防機関）**

■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こと。