

令和 年度

## Qカード (救 Card)

## 救急搬送用個別票 (学校→消防機関)

幼児・児童・生徒情報		学校名：		学年：	
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：		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		<input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 消化器 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 精神病 <input type="checkbox"/> その他・アレルギー ( )			
注射薬		<input type="checkbox"/> エピペン®0.15mg <input type="checkbox"/> エピペン®0.3mg <input type="checkbox"/> その他 ( ) (エピペン®の保管場所： 本人 ・ 学校で一括保管 ) <input type="checkbox"/> 糖尿病用自己注射薬 <input type="checkbox"/> 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。