Qカード（救Card）

救急搬送用個別票（学校→消防機関）

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。