**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。