

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（ ） ー （ ） ②（ ） ー （ ）					
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：() ー					
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：() ー					
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

[illegible]

※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。