年　　月　　日

※保護者→保育施設（原本）・伊万里市（写）

【様式１０】

（施設名）

（施設長名）　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（保護者名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（住　　所）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（連 絡 先）

緊急時対応確認書

　対象児童の緊急時の対応について確認書を提出します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童名 |  | 男女 | 年齢 | 歳 | 生年月日 | 　　年　　月　　日生 |

通院先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 診療科 | 担当医名（主治医） | 電話 | 診療券番号 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

緊急搬送先

※ 緊急時受入れについて相談できる保育園（所）の近くの医療機関を記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 診療科 | 担当医名 | 電話 | 診療券番号 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

緊急時の対応

※ 保護者，緊急搬送先に連絡すると同時に，症状に合わせて実施する対応を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 症状（器具のトラブルなど） | 対応 |
|  | （具体策　　　　　　　　　　　）の後経過観察 |
|  | （具体策　　　　　　　　　　　）の後速やかに医療機関受診 |
|  | ただちに救急搬送 |

（裏面に続く）

緊急時の薬の処方

【様式１０】（裏面）

※ 別途与薬依頼書が必要になります。

|  |
| --- |
| 該当の項目に☑を記入してください。 |
| □ なし |
| □ あり | □内服　□吸入薬　□座薬　□貼付剤　□注射薬緊急薬品名（　　　　　　　　　　　　　　　　）（処方日：　　　年　　月　　日　有効期限：　　　年　　月　　日） |

緊急連絡先

※ 確実に連絡がつきやすい順番で記入してください。

※ 職場は，職務中でもとりついでいただけるように手配してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 優先順位 | 氏名 | 続柄 | 電話番号 |
| 1 |  |  | （携帯・自宅・職場） |
| 2 |  |  | （携帯・自宅・職場） |
| 3 |  |  | （携帯・自宅・職場） |
| 4 |  |  | （携帯・自宅・職場） |
| 5 |  |  | （携帯・自宅・職場） |