本紙は、食物アレルギーに限らず、救急搬送時に救急隊員に情報提供が望まれる事項の一覧であり、教育委員会への提出は必要ありません。

参　考

　　　　救急車到着後に救急隊員に情報提供が望ましい事項

　　　　○救急隊員への情報提供は、本紙を活用したり、口頭で伝えることが考えられる。

　　　　○特に　　　　　　内は重要なので、可能な限り詳細に伝えることが望ましい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 情　報　提　供　内　容 | | | 備考 |
| 学校 | ・学校名 |  | 学校職員が救急車に同乗する場合は不要 |
| ・電話番号 |  |
| ・学校の窓口（職名・氏名） | 職名：　　　　　　　　氏名： |
| 児童生徒 | ・氏名（ふりがな）、性別 | （　　　　　　　　　　　　）　、男・女 | 家庭連絡票※・学校生活管理指導表が活用できる場合は、記入不要 |
| ・住所 |  |
| ・生年月日、年齢 | 年　　　　　月　　　　　日（　　　　　歳） |
| ・既往歴 | あり（診断名：　　　　　　　　 　　　　　　　）・なし |
| ・服用中の薬 | あり（薬品名：　　　　　　　　 　　　　　　　）・なし |
| ・アレルギー既往  （医薬品によるｱﾚﾙｷﾞｰを含む） | あり（ｱﾚﾙｹﾞﾝ：　　　　　　　　 　　　　　　　　）・なし |
| ・アナフィラキシー既往 | あり（ｱﾚﾙｹﾞﾝ：　　　　　　　 　　　　　　　　　）・なし |
| かかりつけ医療機関名  （TEL、担当医名があれば望ましい） | TEL：　　　　　　　　　　　　　担当医： |
| 事故発生時の状況等 | ・事故発生時刻 | 時　　　　　　分　頃 | 緊急対応を行いながら、記録することが望ましい。  （食物ｱﾚﾙｷﾞｰが疑われる場合は、この内容を様式10に転記することが考えられる。） |
| ・考えられる要因 |  |
| ・学校が行った処置 | □服薬（薬品名：　　　　　　　　　）　　　　時　　　 分  □エピペン®の使用 時　　　　分  □AEDの使用　　　　　　 　　　　　　　 時　　　　分  □その他（　　　　 　　　　　　　　）　　　　時　　　　分 |
| 症状の経過 | （意識の有無、バイタルサイン、失禁の有無等） |
| ：  　　：  　　：  　　：  　　： |
| ・最終の摂食時刻 | 時　　　　　　分　頃 |
| 保護者 | 【学校から保護者への連絡】  ・連絡した時刻  ・児童生徒との続柄 | 時　　　　　分  父・母・その他（　　　　　　　　　　） |
| 【救急搬送後の連絡先】  ・連絡可能な保護者　（続柄）  電話番号 | 父・母・その他（　　　　　　　　　　）  TEL： | 家庭連絡票※が活用できる場合は記入不要 |

※は、各学校の任意様式