

氏名 () 加付氏名 () 記入日 (平成 年 月 日)

緊急時のこと

確認事項 平成 年 月 日 生まれ 歳 か月 男・女 血液型 A B AB O

緊急連絡先	連絡順	誰宛に	電話番号	どの電話ですか
	1	ワガナ氏名	父 母	Tel () -
2	ワガナ氏名	父 母	Tel () -	自宅・会社・携帯電話
3	ワガナ氏名	父 母	Tel () -	自宅・会社・携帯電話

てんかん発作 緊急時に指示を仰ぐ医療機関名 ()

・発作が起きたら、どうすればよいですか? 電話番号 Tel () -

主治医名 ()

アレルギー関係 緊急時に指示を仰ぐ医療機関名 ()

絶対に食べてはいけないもの 電話番号 Tel () -

主治医名 ()

・万が一、食べたり・接触したりしてしまったら
どうすればよいですか? 絶対に使ってはいけない医薬品 ()

その他の病気 緊急時に指示を仰ぐ医療機関名 ()

・どんなことが考えられますか? 電話番号 Tel () -

喘息発作 症状 () 主治医名 ()

() 症状 ()

() 症状 ()

・症状が起きたらどうすればよいですか? してはいけないこと

医療ケアに関すること 緊急時に指示を仰ぐ医療機関名 ()

・日常的な医療ケア なし ・ あり 電話番号 Tel () -

経鼻栄養 胃ろう 酸素投与 主治医名 ()

導尿 気管切開 吸引

()

子どもの状況ページ 2-1参照

	診療科名	医療機関名	主治医名	備考 (受診時の注意点などあれば)
上記にない主治医				

医療機関からの意見書等があれば、このページに添付してください