

救急車利用チェックシート(未就学児施設) [施設住所]

[電話番号]

保護者記入欄 ※ 内容に変更があった際は、差し替えをお願いします。

○患者情報(もしもの時に備えて予め記入してください)

記入日 年 月 日

通園施設名称			
氏名	(ふりがな)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	年 月 日		
身長	cm	体重	kg (年 月 時点)
住所			
主な病名	()	
主な医療的ケア内容	()	
アレルギー	無 有 (有の場合:)	
主となる家族 (連絡先)	氏名(TEL(- -)	続柄()	
	氏名(TEL(- -)	続柄()	
	氏名(TEL(- -)	続柄()	
かかりつけ病院・主治医(緊急時の対応についての主治医の指示)病院()	医師(TEL)	
[]			

* 当該シートは救急車の利用以外の目的では使用しません。

職員記入欄(119番要請後に記入)

○本日、救急車を呼ぶに至った事由(簡略に)

--	--

○本日の様子(分かる範囲で)

登園時の様子	<input type="checkbox"/> 普段通り	<input type="checkbox"/> 普段と違った	歳	か月
	どこが違ったか()			
最後に普段通りの様子を確認した時刻	(時 分)			
最終食事時刻	(時 分)	体重	Kg	※ 直近の測定値 (年 月)

○職員による対応

主となる家族への連絡	<input type="checkbox"/> している	氏名・職	<input type="checkbox"/> していない
救急車で付き添う職員等の確保	<input type="checkbox"/> している()	<input type="checkbox"/> していない	
主治医への連絡(必須ではありません)			
<input type="checkbox"/>	済(救急車で来るよう医師から言われた)		
<input type="checkbox"/>	済(病院は救急隊へ任せるよう言われた)		
<input type="checkbox"/>	していない		

○その他特記事項

--	--