

緊急個別対応票

令和 年 月 日作成

園児氏名	
生年月日	

【〇〇に関わること】

☐

☐

☐

☐

【全身症状】

☐

☐

☐

【突発的なこと】

☐

【〇〇に関わること】

☐

☐

☐

☐

【全身状態】

☐

☐

☐

【突発的なこと】

☐

【〇〇に関わること】

☐

☐

☐

【全身状態】

☐

☐

☐

【突発的なこと】

☐



直ちに救急車(119)

「**保護者へ連絡**」を希望する

保護者へ連絡

主治医「
または
」へ相談

「
」受診

保護者へ連絡

お迎えを待つ

<主治医>			
病院名：	医師名：		
TEL：			
<救急指定病院>			
病院名：	病院	科	医師名：
TEL：			

緊急時の連絡先

＜保護者連絡先＞優先順位

1. 氏名 : () 職場 : 携帯 :
2. 氏名 : () 職場 : 携帯 :