第５号様式（第８条関係）

年　　月　　日

（施設名）

（代表者名）　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（保護者名）

緊急時対応確認書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 京都市医療的ケアを必要とする児童に係る保育利用要綱第８条の規定により、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 |  | 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（主治医） | 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 | |  |  | | | | |
| （裏面へ続く） | | | |
| 緊急時の薬の処方  ※ 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　□貼付薬　□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、職務中でも取り次いでいただけるよう、ご手配をお願いします。   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 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） | | | | |