

医療的ケア児の保育に係る緊急時連絡票

乳幼児名

保護者氏名

上記園児に係る体調の急変等の緊急時は下記の通り連絡をお願いします。

◎ケア児の急な体調変化等により救急車の要請が必要となった場合

1.救急車を要請する ※医療的ケア児であることを伝える

2.緊急時対応病院へ連絡 (医療機関の指定がある場合)

緊急時対応病院	※保護者確認欄	
	医療機関名	()
	担当医	()
	TEL	()
	☐ 緊急時対応病院の設定について、主治医の同意を得ています。 ☐ 緊急時対応病院での受入れについて、緊急時対応病院の同意を得ています。 ☐ 救急搬送の対応可能な医療機関であることを、当該医療機関および奈良県 広域消防組合に確認しています。	
	※医師確認欄	
医療機関名	()	
担当医	()	

3.保護者へ連絡

4.救急車での搬送 ※緊急時対応病院に連絡済であることを伝える

◎緊急連絡先

保護者名	TEL 優先順位()	勤務先TEL 優先順位()
保護者名	TEL 優先順位()	勤務先TEL 優先順位()
保護者名	TEL 優先順位()	勤務先TEL 優先順位()
かかりつけ医	TEL	担当医