予想される緊急時の対応フロー

作成様式⑧

|  |  |
| --- | --- |
| （施設名） | （TEL） |
| 〒 | |

児童名：

生年月日　　　年　　月　　日（　　　　歳児　）

医療的ケアの内容

・

・

・

・

・

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
| 保護者緊急連絡先 | | | | |
| 保護者 | 母 | 氏名 |  | TEL |
| 職場 | 会社 | TEL |
| 〒 | 医療機関までの所要時間  　　　　　　　　　　　　分 |
| 父 | 氏名 |  | TEL |
| 職場 | 会社 | TEL |
| 〒 | 医療機関までの所要時間  　　　　　　　　　　　　分 |
| かかりつけ  医療機関 | | 病院 | | TEL |
| 主治医 | | 科　　　　　　　　　　医師 | | TEL |

**（　　　）**

**（　　　）**

予想される緊急時の対応フロー

作成様式⑧【記入例】

|  |  |
| --- | --- |
| ●●こども園 | TEL |
| 〒 | |

児童名：

生年月日　　　年　　月　　日（　　　　歳児　）

医療的ケアの内容

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保護者緊急連絡先 | | | | |
| 保護者 | 母 | 氏名 |  | TEL |
| 職場 | 会社 | TEL |
| 〒 | 医療機関までの所要時間  　　　　　　　　　　　　分 |
| 父 | 氏名 |  | TEL |
| 職場 | 会社 | TEL |
| 〒 | 医療機関までの所要時間  　　　　　　　　　　　　分 |
| かかりつけ  医療機関 | | ●●●●　　病院 | | TEL |
| 主治医 | | ●●科　　　　●●　●●　医師 | | TEL |

**（発見者）**

事故発生

（例）

〇救急車　119番

〇保護者に連絡

（連絡先）

〇看護師を呼ぶ

**（医ケアにそった項目を）**

保育士

（例）

〇処置

〇状況確認

（意識、呼吸など）

保育士

（例）〇病院に持参するもの

・

・

・

・

・

園長

**（応援）**