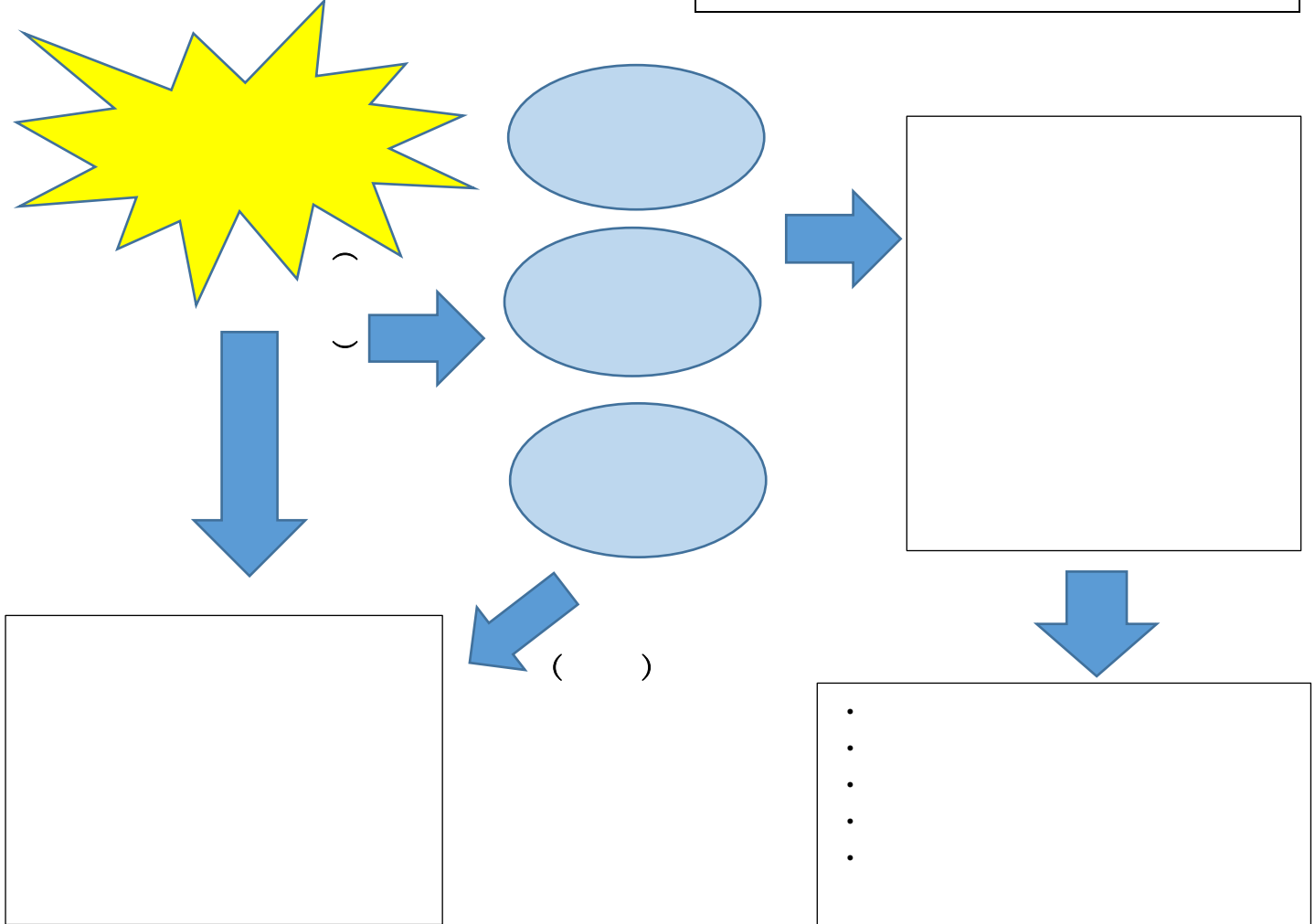


予想される緊急時の対応フロー

児童名： _____
 生年月日 年 月 日 (歳児) _____
 医療的ケアの内容 _____

(施設名)	(TEL)
〒	



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	