

医療連携 情報用紙

個人情報 取扱注意

フリガナ

氏名	性別	生年月日
		(満 歳)

疾患

現病歴		
保育所で実施している医療行為		
保育所でしている管理		
かかりつけ医		
保育所での与薬の有無		有 () ・ 無
アレルギーの有無		有 () ・ 無
家族の連絡先 ※第1～第3連絡先を すべて記入	第1連絡先	(名前： 続柄：)
	第2連絡先	(名前： 続柄：)
	第3連絡先	(名前： 続柄：)
その他		

消防署および搬送先の医療機関への情報提供に同意します。

年 月 日	保護者署名：
-------	--------

施設名：	(施設長名：)
電話番号：	

これは記入例です

医療連携 情報用紙

個人情報 取扱注意

様式14

フリガナ

必ずフリガナを記載してください。

氏名 クレシ 呉市 はな 性別 女児 生年月日 2018年★月☆日
(満 4 歳)

疾患 気管軟化症、卵アレルギー

アレルギーのある医療的ケア児の場合はエビペンを
使用していなくても情報として記載してください。

すべての経過についての記入
は不要です。
情報として必要な部分のみを
記載してください。

現病歴

使用している医療物品が
本人用の特別な物である場合は、
消防隊にわかるように記載して
ください。

- 生後すぐに気管軟化症と診断され、気管切開となり、
現在気管カニューレを挿入中。
- 現在カニューレはシャイリー カフ無し 3.0mmを使用中。
- 緊急時用に予備のカニューレ
(シャイリー カフ無し 3.0mm) 1個を保育所に保管中。
- スピーチバルブを装着
- 自宅で自己抜去したことがあるが、チアノーゼはなし。

- 生後8ヶ月の頃に卵を摂取した際に、じんましんが出現し、
卵アレルギーの診断を受ける。
現在、病院で負荷試験を受けているが、保育所では完全除去食と
している。
- 保育所でアレルギー症状が出現した時の頓服として、
フェキソフェナジンを1包保管中。

保育所で実施している 医療行為

- 気管内吸引を昼食前・午後のおやつ前に実施

保育所でしている管理

- 気管内吸引、昼食後に去痰薬を内服
- 卵アレルギーに対して完全除去食（アレルギー症状出現時には、
家族に連絡し、フェキソフェナジンを内服する）

かかりつけ医

〇〇医療センター 耳鼻咽喉科 ××医師
△△小児科 □□医師（卵アレルギーに対して）

保育所での与薬の有無

(有) (ムコダイン・ムコサル) ・ 無

アレルギーの有無

(有) (卵) ・ 無

家族の連絡先 ※第1～3第連絡先を すべて記入

第1連絡先 080-××××-×××× (名前：呉市 花子 続柄：母)

第2連絡先 21-×××× 職場 (名前：呉市 太郎 続柄：父)

第3連絡先 070-××××-×××× (名前：呉市 一郎 続柄：祖父)

その他

- 活動制限として、カニューレ周囲に水がかからないように
管理すること
- マット運動は禁止

重要

つながる連絡先を必ず3つ記入してください。

必ず保護者に内容の確認と
署名をしてもらってください。

消防署および搬送先の医療機関への情報提供に同意します。

令和 ◇年 ◇月 ◇日

保護者署名： 呉市 花子

施設名： 〇〇保育所
電話番号： △△-3456

(施設長名： □□)