

年 月 日

明石市消防局 宛

エピペン<sup>®</sup>使用に関する情報提供（新規・変更）

## 1 学校

氏 名	ふりがな 男 女	生年月日 年 月 日( 歳)
T E L	自宅 — —	緊急連絡先(氏名 — — )
幼稚園名	TEL	( 歳児 ・ 組)
かかりつけ 病院 ①	TEL	主治医( )
かかりつけ 病院 ②	TEL	主治医( )
アレルギー 物質・症状	アレルギー物質	症状
エピペン <sup>®</sup> 保管場所		
そ の 他		

## 2 自宅(下記の内容は学校だけでなく自宅も含めて情報提供する場合のみ記入)

住所	〒 — 明石市
自宅 保管場所	
※ 保護者不在の場合に保管場所を救急隊が検索してもよいか はい ・ いいえ	

※ 自宅情報の情報提供は明石市の住所が対象となります。

## 注意事項

- 1 上記情報は学校及び自宅での救急事案を対象としています。
- 2 救急救命士はアナフィラキシー症状の重症傷病者に対して傷病者が所有するエピペンを使用します。
- 3 確実に救急隊に情報を伝えるためにも通報時に可能な限りエピペンを所有していることを伝えてください。
- 4 通報状況によっては救急隊に情報が伝わらない場合があります。
- 5 上記情報は在学期間を対象としていますので、進学した場合は再度提出してください。
- 6 自宅の情報のみも在学期間終了後も緊急情報システムに保存されます。

上記注意事項に同意し情報提供します。

保護者サイン \_\_\_\_\_