



アレルギー、ショック症状等に対する対処手順

※日英両表記でご提出下さい。

1. Emergency Action Plan (緊急手順書)

Student' s name (氏名)	
Date of Birth (生年月日)	
Medical Condition (対応を要する症状名)	
Location of Medication (携帯薬の保管場所)	

	Symptoms (症 状)	Treatment (対 応)
Initial (初 期)		
Worse (悪 化)		
Emergency (緊 急)		

2. Emergency Contact List (緊急連絡先リスト)

Priority (順位)	Name (氏名)	Relationship (続柄)	Phone Number (電話番号)	Note (特記事項)
1	Call Ambulance (救急車)	—	000	救急車に同乗する者がこのリストを携行
2		Carer (保護者)		
3				
4				
5		GP (主治医)		

※Canberra Hospital Emergency (キャンベラ病院救急外来) . . . 6244-6211

キャンベラ補習授業校 (CJSS Inc.) 理事長/校長 殿

私、_____ は上記記載事項が間違いないことを証明します。

日付：_____ 年 ____ 月 ____ 日

署名：_____