

応急処置願い

クイーンズランド補習授業校ゴールドコースト校

幼・小・中 年 組	フリガナ 名前	
--------------------------------	-----------------------	--

(1) 応急処置時、以下の薬剤等の使用に関して使用可か使用不可を○で囲んで選択

<input type="checkbox"/> 消毒液	使用可	使用不可
<input type="checkbox"/> 消炎剤	使用可	使用不可
<input type="checkbox"/> コールドスプレー	使用可	使用不可
<input type="checkbox"/> 虫刺され・かゆみ止め	使用可	使用不可
<input type="checkbox"/> 絆創膏	使用可	使用不可
<input type="checkbox"/> ガーゼ・包帯	使用可	使用不可
<input type="checkbox"/> 止血パッド	使用可	使用不可
<input type="checkbox"/> 紙テープ	使用可	使用不可

(2) 特記事項(アナフィラキシーがある場合などは通報時の判断材料になるので記入)

① 「同意なし」「アナフィラキシーあり」または「薬剤等制限あり」の児童・生徒については、迅速かつ簡潔に応急処置を行うため、本応急処置願いの内容を一覧表にして保護者会役員が管理し、役員当番及び補習校関係者が即座に確認できるようにしておくこと。

② 応急処置の直接・間接の結果を含め、万が一何らかの理由によって怪我・病気・死亡等の事故が起こったとしても、別途提出した免責同意書の通り、補習校及びその運営母体であるゴールドコースト日本人会、ならびに関係者に対して責任を問わないこと。

上記内容で応急処置をすることに

- ① 同意する ② 同意しない

提出日 年 月 日

保護者氏名

保護者署名
