

医療用医薬品預かり書(依頼書) (例)

児童生徒名		性別	男 ・ 女
保護者名		生年月日	年 月 日
診断名	食物アレルギー (卵・牛乳等)		
主な症状等	口唇の腫れ、結膜充血、まぶたのむくみ、口の中とどとの違和感、咳、喘鳴 等		
学校生活での注意事項	食物アレルギー取組プラン 参照	エピペン®の保管に関する決定事項 保管責任者・登下校時の持参方法等を記入	
緊急時の対応(確認事項)	食物アレルギー取組プラン 参照		
医薬品について	薬の保管場所	・本人ランドセルの前ポケット ・職員室の教頭の机右一番上の引き出し 職員室に預ける場合は、本人が登校時職員室に預け、下校前に本人がもらいに行く	
	医薬品名	エピペン® 0.3mg	エピペン®使用の具体的な症状、使用対象の症状と使用の依頼を明記する
	使用に当たっての注意事項	じんましんが顔とその他の部位に出る、眼球結膜の充血、まぶたのむくみ、咳や喘鳴が出る、意識がもうろうとするなどの症状が、2つ以上出た場合自己注射を行う。 本人が自分でできる状態であれば自分で注射します。 意識がないなど自分で注射できないときは、教職員の方に注射をお願いします。 同時に救急車で医療機関へ搬送してください。	
	保管上の注意・禁忌	点検または交換時期	保護者が家庭に持ち帰った際、エピペン®の破損がないか確認。次回交換 ○年○月○日
医療機関情報	医療機関名		
	住所		
	電話番号	() -	
	主治医名	科 先生 (直通電話)	
緊急時連絡先	優先順位	氏名	続柄 連絡先 (電話番号)
	①		
	②		
	③		
その他連絡事項			
<p>学校における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を教職員で確認することに同意しますか。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>1. 同意する 2. 同意しない</p> <p style="text-align: right;">保護者名</p>			