

アドレナリン自己注射薬（エピペン®）等対応票

【取扱注意】

(保護者→学校に提出)

(学校→関係機関に提出)

この情報は、緊急時の対応に生かすため、各学校から所管する教育委員会及び学校医、消防署等に必要に応じて情報共有しますので、詳細に記入してください。

なお、2年目以降は内容を確認し、変更点を二重線で訂正するとともに、押印（又はサイン）して学校に提出してください。

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、関係職員及び消防等関係機関で共有することについて、同意します。

保護者名： _____ 印

学校名		ふりがな 名 前	
住 所		生年 月日	平成 年 月 日生

緊急時 連絡先	連絡がつく優先順に、記入してください。なお、変更時には速やかに連絡してください。			
	順	名前	続柄	電話番号
	1			
	2			
主治医	医療機関名： (診療科)： 医師名： 電 話：	緊急時 連絡先 (主治医 と異な る場合)	医療機関名： (診療科)： 医師名： 電 話：	
	原因食 物・原因 物質等			(どのような時に救急車要請するかなど)
発症時 の症状 等につ いて	アナフィラキシー既往：なし・あり		学校で の対応	
学 年	1年 組	2年 組	3年 組	
保護者 確認 印又はサイン				

.....以下は学校が記入します.....

保管方法 1 本人保管 2 学校保管	保管場所
留意点	備考（使用履歴等）