

アドレナリン自己注射薬（エピペン®）等対応票

（保健様式 6-1）【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、自署（又は押印）して学校に提出してください。

アドレナリン自己注射薬の有効期限については、保護者の方が確認いただきますようお願いいたします。

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、学校の全教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（自署）：_____

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（ふりがな）	続柄	電話番号	備考	
	1					
	2					
	3					
主治医	医療機関名： (診療科)： 医師名： 電 話：		学校で の対応	(どのような時に救急車要請するかなど)		
原因食 物・原因 物質等						
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 年	1 年	2 年	3 年	4 年	5 年	6 年
保護者 確認 自署又は押印						

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 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）

※この様式2は事前に消防等関係機関に情報共有するとともに、緊急時にも救急隊に渡してください。