【様式５】エピペン®対応票

記入日：　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 学　校　名 |  |
| 児童生徒氏名 | （性別：　男　・　女　） |
| 保護者氏名 |  |
| 生年月日 | 　平成　　　年　　　月　　　日生 |

|  |  |
| --- | --- |
| 原因物質 |  |
| 既往症状 |  |
| 学校生活における留意点 |  |
| 緊急時の対応 | □保護者に連絡する　□救急車要請　□処方薬あり　□その他 |
| ＜詳細＞ |
| 薬剤使用時の留意事項 | 使用薬剤 |  |
| 保管方法 | □本人保管（保管場所：　　　　　　　　　　　）□学校保管（保管場所：　　　　　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 使用条件 |  |
| 使用上の留意点 |  |

**※面談時に記入**

　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に、記載された内容を全教職員で共有すること、また必要に応じて消防本部・消防署に伝えることに同意します。

　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日　　保護者署名