【様式６】エピペン®が処方されている児童生徒の緊急時の連携について

（例）

平成　　年　　月　　日

○○消防長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校名

学校長名 印

エピペン®が処方されている児童生徒の緊急時の連携について（依頼）

　下記の内容について、緊急時の対応にご配慮いただきますようお願いいたします。

記

　　　　□エピペン®を処方されている児童生徒　　　　　　平成　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学年 | 年齢 | 性別 | アレルギー疾患の原因等食物、食物依存性運動誘発アナフィラキシー運動誘発アナフィラキシー、昆虫、医薬品、その他 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

問い合わせ先

高知県立　　　　　　　学校

　担当者氏名：

　電　　　話：

Ｆ　Ａ　Ｘ：