

エピペン®対応票

作成日:平成 年 月 日

平成 年度	年	組	年	年	月	日
児童氏名			(生年月日: 年 月 日)			
保護者氏名			(性別:)			

原因物質

--

既往症状

--

園生活における留意点

--

緊急時の対応

--

面談時に記入

薬剤使用時の留意事項等

使用薬剤		
処方医療機関		
医師名	保管期間(更新時期)	
保管場所		
使用条件		

園長記入欄

--

***アナフィラキシー発症時は必ず救急者を要請します**

保育所における日常の取組み及び緊急時の対応に活用するため、記載された内容を全職員で共有することに同意します。

保護者署名

印