

アドレナリン自己注射薬（エピペン®）に関する同意書

年 月 日

施設長 様

下記の児童につきましては、医師からアドレナリン自己注射薬（エピペン®）を処方されているため、貴施設におけるアドレナリン自己注射薬（エピペン®）に関する下記の「対応内容」について説明を受け、同意いたします。

保護者氏名： _____ 印

記

| ふりがな 児童氏名 | |
|--|--|
| 処方されている 医療機関 | 医療機関名 [_____] 電話番号 [_____] 医師名 [_____] |
| 対応内容 | ①アナフィラキシー（ 緊急性が高いアレルギー症状【※1】 ）がある場合において、職員がエピペン®を接種すること |
| | ②エピペン®を接種した際は、職員がすぐに救急搬送すること |
| | ③緊急搬送の際は、救急隊員・医療機関へ「生活管理指導表」様式1の内容について職員が情報提供すること |
| | ④エピペン®は施設が適切に保管すること |
| | ⑤エピペン®の使用期限は保護者が管理すること |
| | ⑥その他 【かかりつけ医の指示事項など、特に配慮を要する事項がある場合は、施設と相談の上、詳細を記載してください。】 |
| ※上記の内容①～⑤のうち、同意しない項目がある場合は、その番号と理由を記載してください。 | |

【※1】緊急性の高い症状とは：繰り返し吐き続ける、持続する強いおなかの痛み、のどや胸が締め付けられる、

声がかすれる、犬が吠えるような咳、持続する強い咳込み、ゼーゼーする呼吸、息がしにくい、唇や爪が

青白い、脈を触れにくい・不規則、意識がもうろうとしている、ぐったりしている、尿や便を漏らす

※園児の状況に変更があった場合や教育・保育施設での対応を変更する場合には、保護者と施設が協議の上決定し、その都度本同意書を提出すること。